



저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

북한이탈주민의 기능적
헬스리터러시 현황 및 관련요인

A Study on Current Status of
Functional Health Literacy in North Korean
Refugees and its Related Factors

2014년 8월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

이 진 선

북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 현황 및 관련요인

지도교수 권 순 만

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함
2014년 4월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
이 진 선

이진선의 석사 학위논문을 인준함
2014년 6월

위 원 장 유 명 순 (인)

부위원장 조 영 태 (인)

위 원 권 순 만 (인)

국문초록

연구목적

북한이탈주민이 남한사회에 정착하여 스스로의 건강을 적정수준으로 유지하고 향상시킬 수 있는 능력을 계발하기 위해서는 다양한 경로를 통해 필요한 건강정보를 얻고, 그 정보를 이해할 수 있으며, 이를 바탕으로 실제 자신의 건강향상을 위한 활동에 활용할 수 있는 능력이 필요하다. 본 연구는 대한민국에 거주하는 북한이탈주민의 표본 집단을 대상으로 기능적 헬스리터러시 수준을 파악하고, 이들의 기능적 헬스리터러시 수준과 관련된 요인을 분석하고자 하였다. 이를 통해 기능적 헬스리터러시가 취약한 북한이탈주민의 특성을 인구학적 요인, 이주관련 요인, 그리고 건강관련 요인으로 분류하여 이해하고, 기능적 헬스리터러시 수준의 향상을 위한 체계적인 보건교육과 관련된 보건정책마련에 기여하는 것을 목적으로 하였다.

연구방법

본 연구는 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준과 관련요인을 분석하기 위한 서술적 횡단연구로 설계되었다. 연구자료는 2012년 10월 한 달간 서울대학교 통일의학센터의 "정착시기별 북한이탈주민의 미충족 의료와 건강 문해 현황" 조사의 일부를 사용하였다. 연구대상자는 서울과 경기지역에 거주하는 만 19세 이상의 북한이탈주민을 비확률 표집방법으로 편의추출 하였고, 그 중 관련문항에 모두 응답한 190명의 자료를 분석에 사용하였다. 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시는 이태화와 강수진이 2009년 개발한 한국형 건강 문해 측정 도구의 단축형(S-KHLS)으로 측정하였고, 인구학적 특성과 이주관련 특성, 그리고 건강관련 특성을 설문을 통해 조사하였다. 대상자의 특성 및 기능적 헬스

리터러시 현황은 기술분석을 시행하였고, 특성에 따른 기능적 헬스리터러시 수준의 차이를 분석하기 위해 T-검정과 분산분석(ANOVA)를 시행한 후 Scheffe test로 사후 검정하였다. 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시와 관련된 요인은 다중회귀분석으로 분석하였다.

연구결과

S-KHLS(Short-Korean Health Literacy Scale)로 측정한 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준은 총점 12점에 평균 $10.19(\pm 2.12)$ 점으로 정답률은 약 85%였다. 남한 성인을 대상으로 한 기존연구결과와 비교했을 때 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준은 약간 낮은 수준이었고, 이해 및 수리영역보다 건강관련 용어영역의 수준이 낮았다. 특히 비만과 생활습관병 용어의 이해와 식품성분표 해독, 약물복용법에 대한 이해가 부족했다. 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시의 관련요인은 연령, 북한에서의 교육수준, 남한 정착기간, 강제 북송 경험, 주관적 건강상태인 것으로 다중회귀분석 결과 밝혀졌다.

결론 및 제언

본 연구에서 측정한 대상자의 기능적 헬스리터러시 수준은 남한 일반 성인보다 낮은 편이었고, 특히 사회문화적 환경의 차이로 달라진 언어 환경을 반영하듯 건강관련 용어에 대한 이해가 부족했다. 특히 여성, 50대 이상의 고령, 낮은 교육수준, 배우자가 없는 경우, 남한 정착기간이 짧고 강제 북송을 경험한 경우, 주관적 건강상태가 나쁜 경우 기능적 헬스리터러시가 취약할 확률이 높았으며, 이러한 대상자를 중심으로 헬스리터러시 수준을 높이는 교육전략 개발이 필요할 것이다. 추후에 남한에 정착한 북한이탈주민의 대표성을 갖춘 큰 집단으로 확대한 반복연구를 제안한다. 또한 북한이탈주민의 언어 및 사회문화적 배경, 건강정보 자원과 사회적 지지체계 등이 이들의 헬스리터러시에 미치는 영향을 파

악하는 후속연구를 통해 북한이탈주민의 헬스리터러시 수준을 높이고 건강한 삶을 사는데 필요한 다양한 중재방법과 보건정책의 기초자료를 마련해야 할 것이다.

주요어: 기능적 헬스리터러시, 헬스리터러시, 북한이탈주민
학 번: 2012-21871

목 차

제 1 장	서론	1
제 1 절	연구의 배경	1
제 2 절	연구의 목적	6
제 3 절	용어의 정의	7
가.	북한이탈주민	7
나.	기능적 헬스리터러시	8
제 2 장	문헌고찰	9
제 1 절	헬스리터러시의 개념 및 정의	9
제 2 절	기능적 헬스리터러시의 개념과 측정방법	15
제 3 절	북한이탈주민과 기능적 헬스리터러시의 관련요인	20
제 3 장	연구방법	25
제 1 절	연구모형 및 연구질문	25
제 2 절	연구대상 및 자료수집	27
제 3 절	연구도구	29
가.	종속변수	29
나.	독립변수	31
제 4 절	자료분석	33

제 4 장	연구결과	34
제 1 절	연구대상자의 특성	34
제 2 절	북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 현황	37
가.	북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준	37
나.	백분율로 환산한 기능적 헬스리터러시 수준	40
제 3 절	특성에 따른 기능적 헬스리터러시 수준	41
제 4 절	북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인	46
제 5 장	논의 및 고찰	50
제 1 절	연구결과에 대한 논의	50
가.	대상자의 일반적인 특성	50
나.	기능적 헬스리터러시의 현황 및 수준	52
다.	기능적 헬스리터러시의 관련 요인	59
라.	북한이탈주민의 헬스리터러시에 대한 논의	62
제 2 절	연구의 한계 및 의의	65
제 6 장	결론 및 제언	69
참고문헌	72
부록(설문지)	84
Abstract	91

표 목 차

[표 1] 연구의 독립변수	32
[표 2] 대상자의 특성	34
[표 3] 기능적 헬스리터러시 정답률	38
[표 4] 백분율 환산한 기능적 헬스리터러시	40
[표 5] 특성별 기능적 헬스리터러시 수준	43
[표 6] 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 관련요인	48
[표 7] 선행연구와 비교한 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준	53
[표 8] 백분율로 비교한 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준	55

그 림 목 차

[그림 1] 연구의 모형	25
[그림 2] 기능적 헬스리터러시 점수 분포	37
[그림 3] 기능적 헬스리터러시 문항별 정답률	39

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 배경

의료기술의 발달과 환경의 변화로 평균수명이 증가하면서 사람들은 건강하게 오래 사는 것에 관심을 갖게 되었고, 자연스럽게 스스로의 건강을 관리하고 증진시키는 시도가 늘어나고 있다. 특히 한국 사회는 급속한 경제발전과 생활환경의 변화로 평균수명이 증가하면서 급속한 노령화가 진행되었고, 이에 따라 질병구조도 급성질환에서 만성질환 중심으로 변화하게 되었다. 복잡한 사회화와 정보통신기술의 발달로 컴퓨터와 인터넷을 기반으로 한 정보의 복잡성이 증가하였고, 대중교육에 대한 정책과 투자의 변화, 취약계층의 건강불평등 문제, 빈곤 이민자의 증가 등으로 헬스리터러시가 중요한 문제로 대두되고 있다. 개인이 의료와 관련된 적절한 결정을 스스로 내리는데 필요한 기본적인 건강 정보와 건강 서비스를 제대로 얻고, 처리하고, 이해하는 능력(IOM, 2004)을 헬스리터러시라고 한다. 세계보건기구(WHO)는 헬스리터러시를 “건강을 증진하고 유지하는 방법으로, 건강정보를 이해하고 사용하기 위한 개인의 동기와 능력을 결정짓는 인지적·사회적 기술이며, 전형적인 보건교육활동의 산물”이라고 정의하였다(WHO, 2005). WHO는 건강수준을 결정하는 주요한 결정요인으로 헬스리터러시를 강조하며 모든 국가들이 자국민의 헬스리터러시를 높이기 위해 노력할 것을 촉구했다(World Health Organization & Commission on Social Determinants of Health, 2008). 여러 국가에서 관심을 기울이는 건강문제인 만성질환의 경우, 예방을 위한 생활습관의 실천과 질병에 이환된 이후 자기관리를 통한 건강상태의 유지와 완화가 무엇보다

중요하며, 적절한 건강관련 결정능력이 필요하다. 건강 및 보건의료 서비스에 대한 충분한 정보와 이해능력은 환자가 스스로 자신의 질병상태를 치료하고 관리하는 능력을 향상시킬 뿐만 아니라 더 나아가 일반대중의 건강향상에도 기여할 수 있기 때문에 중요하다. 또한 자신의 필요에 적합한 서비스를 선택하고 충분히 이용하는 것, 예방적 의료이용을 하고 의약품을 올바르게 복용하는 것, 자신이 속한 보건의료체계를 이해하고 적절하게 활용하는 것 등 헬스리터러시 수준이 높다면 개인의 건강향상을 도모할 수 있을 뿐 아니라 적절한 보건의료이용으로 가계의 의료비지출 부담을 줄이고 사회적 비용을 감소시킬 수 있다. 이에 따라 건강정보를 정확한 경로를 통해 얻고, 그 내용을 이해하며, 자신의 건강행위 실천에서 활용할 수 있는 능력인 헬스리터러시가 공중보건의 영역에서 중요한 역할을 하게 되었다. 그러나 보건의료분야에서는 공급자가 수요자에 비해 보건의료 재화나 서비스의 특성에 대해 더 많은 정보와 지식을 가지고 있기 때문에 흔히 정보의 비대칭성(information asymmetry) 문제가 발생한다. 보건의료서비스의 특성이나 효과는 물론이고 소비자에게 어떤 서비스가 필요한가에 대한 정보(즉 진단)도 공급자가 훨씬 더 많이 가지고 있기 때문에 다른 영역에 비해 소비자 무지의 정도가 훨씬 크게 나타난다(권순만, 1999). 최근에는 대중매체와 인터넷의 발달로 의료인이 아닌 일반인도 손쉽게 건강관련 정보에 접근할 수 있는 기회가 증대되었음에도 불구하고, 보건의료서비스에 대한 정보와 교육 내용은 일정 수준 이상의 문해력과 교육수준을 갖추더라도 이해하기 어려운 경우가 많다. 우리나라는 문맹률은 낮으나 건강정보에 대한 이해와 활용능력은 OECD 국가들 중 최저(38%)인 것으로 한국교육개발원(2004)의 교육인적자원지표 조사에서 밝혀졌다. 보건복지부는 2011년 ‘국가건강정보포털(<http://health.mw.go.kr>)’을 공식 오픈하여 건강 및 질병과 관련된 검증된 정보, 알기 쉬운 정보, 그리고 통합적 정보를 제공하는 것을 목표로 하고 있으나 인터넷을 통한 정보제공은 일정한 정보검색능

력을 갖춘 사람만이 접근가능하기 때문에 특정 연령층과 사회경제적 취약계층 등에게 장벽으로 존재하고, 특정 집단의 특성에 맞는 정보제공이나 교육전략 등은 개발되지 않은 실정이다.

헬스리터러시는 건강 결과에 영향을 미치기 때문에 주목받아 왔다. 선행 연구들에서는 낮은 헬스리터러시 수준이 환자 삶의 질과 의료비용, 건강 상태와 질병 유무, 보건의료서비스 이용과 약물복용, 의사지시 순응 등에 부정적인 영향을 미친다고 하였다. 과거 헬스리터러시 연구의 주된 대상 집단은 만성질환자나 문맹률이 높은 노인, 미국과 같은 다민족 국가에서는 모국어를 영어로 사용하지 않는 인구집단인 이민자, 건강관리 비용이 많이 소요되는 저소득층이었다. 헬스리터러시 개념의 정의는 그 측정방법에 따라 달라질 수 있는데 IOM과 WHO 등에서 제시하는 헬스리터러시의 개념은 포괄적이고 궁극적인 범위까지 포함하지만 현실에서 측정하기에는 한계가 있다. 따라서 전통적으로 헬스리터러시 측정 도구들은 대부분 기능적 헬스리터러시를 측정하는데 초점을 맞춰왔다. 기능적 헬스리터러시란 ‘보건의료영역에서 성공적인 보건의료소비자의 역할을 하기 위해 필수적인 개인의 능력으로, 보건의료서비스제공자와의 원활한 의사소통과 치료 및 검사지침, 약물복용, 건강행위 등에 필요한 기본적인 개인의 능력’이다(AMA, 1999). 국내에서 진행된 헬스리터러시 연구의 주제는 주로 헬스리터러시의 평가 도구 개발, 헬스리터러시 수준 평가, 헬스리터러시 수준에 영향을 미치는 요인, 헬스리터러시 수준과 건강 결과와의 관련성에 대한 것 등이었고 대부분이 기능적 헬스리터러시에 초점을 맞추었다. 최근에는 결혼이주여성의 헬스리터러시 수준과 건강태도(이수현 외, 2012), 이주노동자의 헬스리터러시 수준과 영향을 미치는 요인에 대한 연구(이정미 외, 2013) 등 이주민의 헬스리터러시에 관한 연구와 논의가 증가하고 있으나 아직까지 북한이탈주민에 대한 헬스리터러시 연구는 미비한 것으로 파악된다.

우리나라의 이주민 비율이 점점 높아지면서 이들이 건강문제

로 인해 사회적 취약계층이 될 위험에 크게 노출되었다. 일찍이 다문화, 다인종 사회로 진입한 미국과 서구 선진국에서는 이주민의 헬스리터러시에 대한 선행연구가 많이 이루어졌다. 연구결과들에 따르면 이주민은 대부분이 사회경제적 수준이 낮고 정착국가의 언어에 미숙하여 헬스리터러시 능력이 취약하다고 알려져 있다. 국내의 연구에서도 이주노동자, 결혼이주여성 등은 일반 국민에 비해 의료서비스에 대한 요구도가 높는데 반해 언어능력과 교육수준이 낮고, 문화적 이질성이 높은 특성을 보이며 헬스리터러시 능력이 취약한 것으로 나타난다. 이주민의 건강은 새로 이주한 국가에 성공적으로 정착하고 통합되는데 중요한 요인이 되며, 이들이 신체적으로 정신적으로 건강하게 정착하는 것은 이주민뿐 아니라 기존 국민들에게도 중요하다. 북한이탈주민은 우리사회에 유입된 새로운 유형의 이주민이다. 여타 이주민과는 달리 우리나라 국민과 동일한 언어와 민족적 배경을 공유하지만 오랜 세월 서로 상이한 정치적, 문화적, 경제적 배경에서 생활해오는 과정에서 건강 특성과 건강에 대한 신념에 차이가 생겼다. 탈북 이후 제3국을 거쳐 남한에 입국하는 과정 동안 북한이탈주민은 생존의 위기, 가족 및 친지의 죽음, 인신매매 등으로 정신적 외상을 겪으며, 신체적으로는 감염성 질환과 근골격계, 소화기계 질환에 노출되어 정신 및 신체 건강 관리와 관련 의료서비스 이용의 요구도가 높다. 그러나 남과 북의 상이한 보건의료체계에 적응하지 못해 부적절한 보건의료서비스 이용이 발생하는데, 실제로 북한이탈주민은 병원 선택과 이용의 어려움, 복잡한 병원시설과 의료행정절차 이용에 어려움을 호소한다(신미녀, 2012). 또한 악화된 건강과 새로운 사회체계에 혼란을 겪으면서 사회적, 경제적 적응이 지연되고, 사회적 차별을 경험하기도 하며, 지지체계가 부족해 정보이용의 폭이 제한됨으로써 헬스리터러시가 취약할 가능성이 높다. 연구결과 북한이탈주민의 진료 시 남북한의 언어 차이로 인한 의료진과의 의사소통문제가 있고 전문화되고 외국어 중심인 의료용어의 이해가 떨어지며 처방 및 복약순응에 어려

움이 발생하는 것으로 나타났다(신미녀, 2012). 또한 북한이탈주민은 경제적인 취약계층으로 대부분이 입국초기 받은 의료급여 수혜자 자격을 벗어나지 못하는 것으로 알려져 있으며, 경제적 능력이 취약한 계층일수록 중증 질병 발생 시 재난적 의료비 지출 위험이 높기 때문에 이를 방지하기 위해서도 이들이 적절한 헬스리터러시 수준을 갖추는 것이 중요하다. 2014년 현재까지 2만 7천명 이상의 북한이탈주민이 우리 사회에 거주하는 것으로 추산되며 그 수는 지속적으로 증가하고 있다. 이들이 우리사회의 일원이 되어 성공적으로 정착하고 건강한 삶을 영위해가기 위해서 자신의 건강관리를 위한 적절한 건강정보를 획득하고 이해하며 활용하는 능력을 갖추는 것은 매우 중요한 일이다. 따라서 이와 관련된 보건정책의 마련을 위하여 이들의 헬스리터러시 문제에 꾸준한 관심을 갖고 연구를 지속하는 노력이 필요할 것이다.

제 2 절 연구의 목적

본 연구는 남한에 정착한 북한이탈주민을 대상으로 이들의 기능적 헬스리터러시 수준을 파악하고 이에 관련된 요인들을 밝히는 것을 목적으로 한다. 선행연구에서 기능적 헬스리터러시 수준에 영향을 미치는 것으로 알려진 인구학적 요인들과 건강관련 요인, 그리고 대상자들이 독특하게 경험한 이주관련 요인들을 독립변수에 포함시켜 기능적 헬스리터러시 수준에 대한 영향을 규명하고자 한다. 이를 통해 북한이탈주민의 부적절한 의료이용과 치료 및 검사 지침에 대한 이해, 약물복용과 건강행위에 필요한 개인의 능력 부족 등 선행연구에서 단편적으로 제기되던 문제들을 헬스리터러시의 관점에서 탐색하고자 하였다. 또한 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준과 이에 관련된 요인을 파악하고자 하는 시도를 통해 헬스리터러시의 취약집단과 취약분야를 선별하고 관련된 교육과 지원정책의 효과를 증진시키는데 기여할 수 있을 것으로 기대한다.

제 3 절 용어의 정의

가. 북한이탈주민

북한을 탈출하여 남한에 입국하여 정착하고 있는 사람을 통상 북한이탈주민이라고 일컫는다. 그러나 이들을 지칭하는 용어는 귀순자, 월남귀순용사, 탈북자, 자유북한인, 새터민 등 그 특징과 처지에 따라 다양하게 사용되었다. 해외에 체류하고 있는 북한이탈주민은 관련 국가들 간의 이해관계에 따라 망명자, 국제 난민, 불법 체류자, 조국 배반자 등 다양하게 성격이 규정된다. 과거에는 ‘귀순북한동포법’ 제 4568호에서 귀순자를 ‘군사분계선 이북지역(북한)에서 대한민국으로 귀순한 동포(귀순북한동포)’로 지칭하였으나 이후 ‘귀순북한동포법’이 1997년 7월 14일 ‘북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률’로 바뀌게 되면서 북한이탈주민이란 용어가 보편적으로 사용되기 시작했다. ‘북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률(2010)’ 제2조1항에 의거하면 ‘북한을 벗어난 후 외국 국적을 취득하지 않고 북한에 주소·직계가족·배우자·직장 등을 두고 있는 자’를 ‘북한이탈주민’이라고 한다. 따라서 본 연구에서는 공식적으로 사용되는 중립적 용어인 북한이탈주민을 사용하는 한편, 본 연구대상자를 북한을 떠나 남한에 정착해 살고 있는 이주민으로 정의한다.

나. 기능적 헬스리터러시 (Functional health literacy)

Health literacy는 의료정보이해능력, 건강문해력, 건강실천정보이해능력, 건강지식 등으로 번역할 수 있으며 연구자마다 의미에 맞추어 서로 다르게 사용하고 있다. Health literacy의 정의와 포괄하는 범위는 현재까지 국제적으로 활발하게 논의 중인 쟁점이고 명확한 합의가 이루어지지 않았기 때문에 공식적인 한글 명칭이 존재하지 않는다. 국내에서 health literacy를 측정하기 위한 도구들은 외국의 도구를 번안한 것부터 한국의 상황에 맞게 연구자들이 새로 개발한 도구까지 다양하지만 골드 스탠다드(gold standard)는 정해지지 않았다. 따라서 본 연구에서는 ‘사람들이 그들의 건강과 안녕을 향상시키고 건강관련 의사결정을 내릴 수 있도록 정보를 얻고, 이해하고, 사용할 수 있게 하는 보다 넓은 인지적이고 사회적인 기술’이라는 헬스리터러시의 포괄적인 개념을 영문 그대로를 소리 나는 대로 적어 ‘헬스리터러시’라고 표기하였다. 기능적 헬스리터러시는 ‘보건의료영역에서 성공적인 보건의료소비자의 역할을 수행하기 위해 필수적인 개인의 능력으로, 보건의료서비스 제공자와의 원활한 의사소통과 치료 및 검사지침, 약물복용, 건강행위 등에 필요한 기본적인 개인의 능력(AMA, 1999)’이다. 본 연구에서는 이태화와 강수진(2009)이 개발한 KHLS(Korean Health Literacy Scale)의 단축형 도구인 S-KHLS를 사용하여 측정한 결과를 ‘북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시’로 정의한다.

제 2 장 문헌고찰

제 1 절 헬스리터러시의 개념 및 정의

헬스리터러시의 개념은 ‘리터러시란 무엇인가?’ 하는 질문에서 출발한다. 리터러시(Literacy)란 국내에서는 ‘문식(文識)’ 또는 ‘문해(文解)’와 대응되는 용어로 기본적으로 글을 읽고 쓰는 기초적인 기술을 의미하며, 문자해독능력 등으로 번역할 수 있다(고영복, 2000). 미국의 국가문해법(National Literacy Act, 1991)에서는 리터러시를 ‘개인의 읽고 쓰고 말하는 능력이고, 일터와 사회에서 문제를 연산하고 해결하기 위해 필요한 일정 수준의 유창한 기능이며, 이를 통해 개인의 목표를 성취하고 지식과 잠재력을 개발할 수 있는 것’이라고 정의한다(Kirsch et al., 1993). 기능적 리터러시는 읽고, 쓰고, 수리계산을 할 수 있는 능력을 의미하며 ‘공적 기술(formal skills)’(Hirsch et al., 1987)이나 ‘기초 문해(fundamental literacy)’(Zarcadoolas et al., 2003, 2005, 2006)와 같은 용어가 유사한 의미로 사용된다. UNESCO(United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)는 기능적 리터러시(functional literacy)를 ‘다양한 상황과 관련된 인쇄된 자료를 확인하고, 이해하고, 해석하고, 창조하고, 소통하고, 연산하고 이용할 수 있는 능력’이라고 정의하였다(UNESCO, 2004). 이처럼 리터러시 앞에 수식하는 단어를 넣어 구체적인 대상을 조작하거나 활용할 수 있는 제한된 의미의 기능을 설명할 수 있다.

기능적 리터러시의 일종으로 헬스리터러시는 개인의 삶에 걸쳐 진화하는 능력으로, 인간이 행할 수 있는 가장 복잡한 능력 중 하나라고 할 수 있다. 헬스리터러시라는 용어가 사용되기 시작한 역사는 그리 길지 않다. 1970년대에 헬스리터러시의 개념이 처음

문서에 등장한 이래(Simons, 1974) 헬스리터러시를 다양한 방법으로 정의하고 개념화하려는 시도들이 있었다(Sorensen et al., 2012). 좁은 범위에서 헬스리터러시는 ‘읽고 쓸 수 있는 리터러시 기술을 보건의료 환경에 적용하여 건강과 관련한 문자해독과 수리과제를 해결하는 능력’ (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association, 1999)으로 정의할 수 있다. 이 정의에서 더 나아가 보다 넓은 의미에서 정의한 헬스리터러시는 ‘사람들이 그들의 건강과 안녕을 향상시키고 건강관련 의사결정을 내릴 수 있도록 정보를 얻고, 이해하고, 사용할 수 있게 하는 보다 넓은 인지적이고 사회적인 기술’(U.S. Institute Of Medicine, 2004; U.S. Department of Health and Human Services, 2000; Joint Committee on National Health Education Standards, 1995)이다. 또한 세계보건기구(World Health Organization)는 헬스리터러시를 ‘건강을 증진하고 유지하기 위해 정보를 이해하고 사용할 수 있도록 길을 안내해주고 개인의 능력을 결정짓는 개인적·인지적·사회적 기술이며, 전형적인 보건교육활동의 산물’로 정의하여 헬스리터러시의 범위를 확장시켰다(WHO, 2005).

헬스리터러시의 개념은 임상적(clinical care) 영역과 공중보건(public health) 영역에서 각각 발전되어 왔다(Smith et al., 2013). 임상적 영역에서는 헬스리터러시를 나쁜 건강상태나 건강관리 지시에 대한 낮은 순응도의 ‘위험 요인(risk factor)’으로 여기는 반면, 공중보건영역에서 헬스리터러시는 자율성(autonomy)을 제공하고 건강관련 의사결정을 조정하는 개인의 자산(asset)으로 여긴다(Martensson and Hensing, 2011; Nutbeam, 2008; Pleasant and Kuruvilla, 2008). Nutbeam과 같은 학자는 헬스리터러시의 개념이 위험요인(risk)으로부터 자산(asset)으로 발전했다고 주장한다(Nutbeam, 2008). 헬스리터러시를 위험요인으로 보는 관점에서는 헬스리터러시를 임상진료과정에서 확인하고 관리해야 할 대상으로

간주하여 지식 수준과 헬스리터러시 수준을 선별(screening) 도구를 이용하여 평가하는 반면, 헬스리터러시를 자산으로 여기는 관점에서는 헬스리터러시를 개인이 자신의 건강과, 건강의 개인적·사회적·환경적 결정요인에 대해 더 큰 통제력을 발휘하게 하는 수단으로 여긴다. 따라서 헬스리터러시는 헬스커뮤니케이션과 교육의 결과로써, 건강의사결정(health decision making)을 할 수 있는 역량(empowerment)을 키워주는 자산이 된다. 이와 같은 관점에서는 헬스리터러시를 향상시키기 위해 연령과 상황(context)에 적합한 건강 지식을 개발하고, 사람들로 하여금 건강과 건강의사결정에서 더 큰 통제력을 발휘하게 하는, 지식을 실천으로 바꿀 수 있는 자기 효능감을 키우고자 한다.

헬스리터러시를 개념화하기 위해서 여러 차원의 시도가 이루어져왔다. 헬스리터러시 연구의 초기에는 의료영역에서 환자들의 이해와 순응과 관련된 연구가 주를 이루면서(Davis et al., 1990; Williams et al., 1995; Parker et al., 1995; Williams et al., 1998; Gazmarian et al., 1999; Schilinger et al., 2002), 의료상황에 기본적인 읽기와 수리능력을 적용할 수 있는 능력에 초점을 맞추었다(AMA, 1999). 그러나 이후에는 문해력과 수리력, 효과적인 말하기, 듣기, 쓰기 능력, 그리고 인터넷 등의 기술을 활용하는 능력, 동기, 인지 능력, 네트워킹, 사회적 기술 등의 다양한 영역을 헬스리터러시 개념 안에 포함하고자 노력하였다(Nubeam, 2006; Bernhardt, Brownfield, & Parker, 2005). 헬스리터러시의 개념에 읽기, 쓰기, 수리 능력을 비롯하여 지식(knowledge), 인식(awareness), 비판적 영역 등이 포함되어야 한다는 주장도 제기된다(Frisch et al., 2014). 연구자들이 말하는 지식은 실제적 지식(factual knowledge)과 절차적 지식(procedure knowledge)으로 구분할 수 있는데, 실제적 지식은 명시적인 상황에 구체화된 지식을 의미하고, 절차적 지식은 실제적 지식을 사용할 수 있는 ‘노하우’로 (Ryle, 1949), 과학적 리터러시 영역에서는 과학적 지식을 사용할 수 있는 능력으로(OECD,

2003), 정보 리터러시에서는 정보에 접근하고, 설명하고, 조직화하고, 합성할 수 있는 능력으로(wen and Shih, 2008) 설명할 수 있다. 인식(awareness)은 개인이 자가 진단(self-examination)을 하고(Rubinelli et al., 2009), 문제를 인식하며 도움이 필요하다는 것을 인지하기 위해 중요한 능력이다. 동시에 인식은 사회적으로 중요한데, 개인이 건강 결정을 내리는 것이 곧 공중 보건에도 영향을 미치기 때문이다(Zarcadoolas, 2006). 또한 헬스리터러시는 개인의 능력의 산물일 뿐 아니라 보건의료체계 수요의 산물이라는 관점에서 헬스리터러시의 개념에 언어, 문화, 사회적 자본, 건강정보기술 등이 포함되기 시작했다(Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2006; Nutbeam, 2008). 연구자들은 기초적 문해, 과학적 문해, 시민적 문해, 그리고 문화적 문해의 네 가지 영역을 포함하는 다면적인 헬스리터러시 모형을 제시하였다(Zarcadoolas et al., 2005). 기초적 문해(fundamental literacy)는 읽기, 말하기, 쓰기, 그리고 수리 이해 능력을 의미하고, 과학적 문해(science literacy)는 과학과 기술에 대한 역량 수준과 과학적 과정에 대한 인식을 포함한다. 시민적 문해(civic literacy)는 시민이 공공 이슈를 인식하고 의사결정 과정에 참여할 수 있는 능력이며, 헬스리터러시 영역에 포함되는 시민적 리터러시는 미디어 리터러시, 도시와 정부의 절차에 대한 지식, 그리고 개인의 건강 결정이 공중 보건에 영향을 미칠 수 있다는 점을 인식하는 것 등이다. 마지막으로 문화적 리터러시(cultural literacy)는 건강정보를 해석하고 행동하기 위하여 수집된 신념, 관습, 세계관, 사회적 정체성 등을 인지하고 사용할 수 있는 능력으로 헬스리터러시 개념에 포함된다.

시간이 지나면서 헬스리터러시에 대해 다양한 개념화의 시도뿐 아니라 새로운 관점으로 이해하고자 하는 노력들이 나타났다. 본래 헬스리터러시는 개인적인 건강 결과와 관련하여 건강 결정, 보건의료 환경에서의 기능, 높은 건강수준의 향상과 유지 등에 초점을 맞추어왔다. 그러나 최근에서는 그 개념이 개인에서 집단 수

준으로 변화되고 있는데, 이를 공공 헬스리터러시(Public Health Literacy)라고 한다. 이 정의에서는 개인의 헬스리터러시와 건강결과가 커뮤니티와 같은 집단이 건강 정보를 이해하는 것과, 더 나아가 건강 관련 이슈의 시민 활동에 참여하고 평가하는 기능까지 포함한다.

또한 헬스리터러시의 역동성에 대하여 헬스리터러시는 정적인 것인가 혹은 동적인 것인가 논의가 발생하였다. Baker 등은 헬스리터러시가 시간이 지나도 상대적으로 적은 변화가 일어난다고 주장하였으나(Baker et al., 2000), Zarcadoolas 등은 헬스리터러시가 단기적으로 쉽게 변화하는 속성은 아니나 공식적인 교육과정과 적절한 연결망을 통해 장기적으로는 변화가 가능하다고 하였다(Zarcadoolas, 2005). 이러한 논의는 측정 방법에도 영향을 미쳐서 개인의 헬스리터러시는 상대적으로 고정되어 있는 개념이기 때문에 한 번의 측정으로도 파악할 수 있으나, 헬스리터러시가 동적인 개념이라 주장하는 입장에서는 헬스리터러시의 개념이 환경, 경험, 선택에 따라 변화하기 때문에 여러 번 측정해야 한다고 하였다(Zarcadoolas et al., 2005).

헬스리터러시가 개인적 속성인지 혹은 사회적 속성인지에 대한 논의에서도 리터러시를 단순히 글을 읽고 쓸 줄 아는 능력이 아니라 ‘사회적 활동을 통해 발달되고 형성되는 능력’의 차원으로 보아야 하며 이는 사회적으로 조직된 활동에 대한 참여과정에서만 습득되는 것으로 합의된다(Scribner & Cole, 1981; Knoke, Michele, Lankshear, & Colin, 2008). 따라서 리터러시에 바탕을 둔 헬스리터러시 또한 사회 환경에서의 교육이나 문자의 접촉, 타인과의 의사소통 등의 사회적 관계에 의해 형성된다고 하였다(손효정, 2014에서 재인용).

이처럼 다양한 측면에서 헬스리터러시의 개념을 정의하려는 시도들이 이루어져왔다. 헬스리터러시는 ‘건강영역에서 요구되는

기능적 리터러시' 보다는 더 많은 의미를 포함하고 있다. 그러나 그 개념과 정의가 포함하는 범위가 어디까지인지 다면적인 논의가 진행되고 있음에도 불구하고 명확한 합의는 이루어지지 않은 상태이다. 현실에서의 복잡하고 광범위한 헬스리터러시의 의미를 담아낼 수 있도록 개인적이고 정적인 것으로 인식하던 과거의 관점에서 나아가 집단적이고 동적인 개념을 수용하고, 개인적 속성일 뿐 아니라 사회적 속성이며 기초적 문해력과 더불어 시민적, 과학적, 문화적 문해력이 수반되어야 함을 인식하며, 개인의 자산으로써 헬스리터러시를 계발하려는 노력이 필요하다.

제 2 절 기능적 헬스리터러시의 개념과 측정방법

헬스리터러시는 일반적으로 ‘개인이 건강과 관련된 적절한 의사결정을 스스로 내리기 위해 필요한 기본적인 건강정보와 건강서비스를 제대로 얻고, 처리하고, 이해할 수 있는 능력(IOM, 2004)’으로 정의한다. 이러한 능력을 갖추기 위해서는 언어적 헬스리터러시와 기능적 헬스리터러시가 함께 필요하다. Davis 등(1993)은 ‘의료기관에서 질환과 신체에 관련해 흔히 사용되는 용어에 대한 이해능력’을 언어적 헬스리터러시(linguistic health literacy)로 정의하였고, REALM이라는 도구를 개발하여 헬스리터러시를 측정하였다. 기능적 헬스리터러시(functional health literacy)는 ‘보건의료영역에서 성공적인 보건의료소비자의 역할을 수행하기 위해 필수적인 개인의 능력으로, 보건의료서비스 제공자와의 원활한 의사소통과 치료 및 검사지침, 약물복용, 건강행위 등에 필요한 기본적인 개인의 능력’을 말한다(AMA, 1999). 기능적 헬스리터러시 수준이 적절하면 건강과 관련된 자료, 예를 들어 처방전, 예약 카드, 약병의 라벨, 가정 치료 지침 등을 이해하는데 이 기술을 응용할 수 있기에 전통적으로 임상 영역에서 기능적 헬스리터러시의 중요성이 강조되어 왔다.

Nutbeam은 헬스리터러시의 수준을 기능적 헬스리터러시(functional health literacy)와 상호적 헬스리터러시(interactive health literacy), 그리고 비판적 헬스리터러시(critical health literacy)의 세 종류로 구분할 수 있다고 하였다(Nutbeam, 2000). 이 분류에 따르면 기능적 헬스리터러시는 건강 위험과 보건의료체계의 이용 방법에 대한 실제적인 정보를 얻고, 이해하고 사용하는 능력으로 앞서 제시한 기능적 헬스리터러시의 정의와 유사한 기술수준을 의미한다. 여기서 가리키는 정보는 일반적으로 건강 위험, 서비스, 처방에 대한 순응 등의 지식을 향상시키려는 목적을 전달하기

위한 것으로, 상호작용과 비판적 사고 또는 의사결정에 있어서의 자율성 개념은 포함하지 않는다. 상호작용적 헬스리터러시는 건강 정보를 추출하고, 다양한 형태의 의사소통을 통해 의미를 끌어내며, 상황을 변화시키기 위해 새로운 정보를 적용할 수 있는 능력이다. 이는 전문가의 조언에 대해 독립적으로 행동할 수 있는 자신감, 보건의료체계 및 의료제공자와 성공적으로 상호작용할 수 있는 능력이라는 특징을 지닌다. 마지막으로 비판적 헬스리터러시는 건강에 대한 다양한 문화적·가족적·종교적 신념을 존중하고, 건강을 향상시키기 위해 개인과 가족, 그리고 지역사회를 변화시키고자 옹호하는 능력이다. Nutbeam이 세 층으로 구분한 헬스리터러시 개념은 기술 수준이 더 향상되면 개인의 자율성과 권한(empowerment)이 확장되고, 궁극적으로는 건강을 향상시키는데 도움이 되는 결정과 행동으로 이끌어갈 수 있다는 의미를 함축하고 있다.

전통적으로 헬스리터러시를 측정하는 도구들은 대부분 기능적 헬스리터러시를 측정하는데 초점을 맞춰왔고(Abel, 2008), 최근의 측정도구들도 대부분 기능적 헬스리터러시를 측정하기 위한 것이다(Davis et al. 1991; Parker et al., 1995; Weiss et al., 2005). 기능적 헬스리터러시 측정의 골드 스탠다드(gold standard)로 입증된 도구는 REALM(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)과 TOFHLA(Test of Functional Health Literacy in Adults)가 있다. REALM은 단어를 인지하고 발음하는 기능을 측정하고, 읽기 수준이 낮은 환자를 확인하기 위한 도구이다. 이 도구는 문자이해능력 선별검사 목적으로 개발되어 음절 수 및 발음 난이도에 따라 배열된 22개의 단어 목록 3개(총 66개 단어)의 단어를 읽고 그 수에 따라 점수를 산정하며 총 66점을 만점으로 한다. 점수산정에 의해 3학년 수준 이하(18점 이하), 4-6학년 수준(19-44점), 7학년 및 8학년 수준(45-60점), 9학년 수준 이상(61-66점)으로 기능적 헬스리터러시 수준을 분류한다. 그러나 기능적 헬스리터러시에서 계산 능력이 중요한 요소임에도 불구하고, REALM은 수리 능력을 다루지 않는

것이 한계이다. 반면에 TOFHLA는 병원의 실제 자료를 바탕으로 각각 독해능력과 수리능력을 평가하는 항목이 있다. TOFHLA의 독해능력 평가영역은 4학년, 10학년, 19학년 읽기 수준의 문장 50개를 읽고 문장 중 누락된 단어를 채우는 방식으로 평가한다. 수리능력 평가영역은 처방약의 지시사항 해석, 혈당수치 이해, 진료 예약표 이해 등에 필요한 산술적 계산능력을 측정한다. 총점 100점을 기준으로 부적절 수준(inadequate level, 59점 이하), 경계 수준(marginal level 60-74점), 적절 수준(adquate level, 75점 이상)의 세 수준으로 분류한다. REALM과 TOFHLA는 다른 도구이지만 각 도구로 측정한 결과가 높은 상관관계를 보이고, 일반적 어휘 테스트인 WRAT-R 과도 높은 상관관계를 보인다(Baker, 2006). 골드 스탠다드로 사용되는 본 도구들은 헬스리터러시 수준이 낮은 대상자를 빠르게 선별하기 위한 단축형이 개발되었고, 다양한 언어로 번역되어 전 세계에서 널리 사용되고 있다.

국내에서 사용하는 기능적 헬스리터러시 측정 도구는 REALM이나 TOFHLA를 번역·수정한 것이 대부분이다. KHLAT(Korean Health Literacy Assessment Tool)은 REALM을 변안한 도구로 66개 단어의 의미를 잘 이해하는지를 평가하며, 한국의 문화적 상황에 부적합한 단어는 부분적으로 수정하거나 다른 단어로 대체하였다(김성수 등, 2005). KHLS(Korean Health Literacy Scale)은 TOFHLA를 변안한 도구로 이해 및 수리영역 14문항과 건강관련 용어영역 11문항의 총 25문항으로 구성된 도구로 개발되었다가 2009년 이해 및 수리영역 13문항과 건강관련 용어영역 11문항의 총 24문항으로 수정·보완되었다(이태화 외, 2008; Lee, Kang, Lee & Hyun, 2009). 또한 김수현과 이은주(2008)는 TOFHLA와 미국 교육청의 성인 헬스리터러시 연구(US Department of Education, 2006)를 바탕으로 우리나라 실정에 맞게 수정하여 KFHLT(Korean Functional Health Literacy Test)를 개발하였다.

헬스리터러시의 개념을 보다 넓은 의미로 확장하여 보건의료

제공자와 협상하는 인지적이고 사회적인 기술을 포함하고, 비판적으로 정보를 평가하는 능력까지 포함한다면 현재 존재하는 도구들로는 이를 측정하기에 부족함이 많다(Baker, 2006; Nutbeam, 2008; Pleasant et al., 2011). 또한 기존의 도구가 비록 연구에서 중요한 역할을 하고 있다 할지라도, 보다 복잡한 건강관련 업무를 위해 요구되는 기술의 수준차이를 사정하고 이해하는 데에는 부족한 점이 있다(Nutbeam, 2009). 최근에는, 헬스리터러시의 다면적인 구조 특성을 반영하고 상호적 헬스리터러시와 비판적 헬스리터러시 기능을 통합적으로 측정하기 위한 헬스리터러시 측정도구 개발이 조금씩 시도되고 있다(Baker, 2006; Pleasant et al., 2011).

새로운 도구를 개발하는 한 축은 건강지식을 측정하는 것이다. 건강지식을 측정하는 도구는 주로 의학적 환경에서 만성질환을 중심으로 개발되었고, 측정하고자 하는 지식이 구체적인 내용과 맥락에 적합해야 한다(Mancuso et al., 2009; Fitzgerald et al., 1998; Maciel et al., 2009). Gazmarian 등의 연구에서 S-TOFHLA로 측정된 헬스리터러시 수준과 천식, 당뇨, 울혈성 심부전, 고혈압 등의 흔한 만성질환 환자의 지식이 유의한 상관관계를 나타내어 건강지식 측정도구가 기능적 헬스리터러시를 측정하기에 적합하다고 하였다(Gazmararian et al., 2003; Baker et al., 1999). 그러나 구체적인 내용과 맥락에 기초한 지식측정도구로는 상이한 영역이나 건강조건에 있는 사람들의 헬스리터러시 수준을 측정하고 비교하기에는 한계가 있다. 다면적인 개념으로 헬스리터러시를 측정하기 위한 또 다른 축은 건강관련 자료를 이해하는 데 있어 스스로 인지한 능력을 평가하는 것으로, 주로 간접적인 측정방법이라 일컫는다(Williams et al., 1995; Chew et al., 2004; Wallace et al., 2006). Ishikawa 등은 인지된 기능적, 의사소통적, 그리고 비판적 헬스리터러시 능력을 측정하기 위한 자가 보고형식의 도구를 당뇨병환자들을 대상으로 개발했고(Ishikawa et al., 2008), Rubin 등은 유사하게 Measure of Interactive Health Literacy(RIHM)를 개발하여 건강 상담에 참여

한 사람들의 헬스리터러시를 측정하였다(Rubin et al., 2011). 이러한 새로운 시도들은 기능적 헬스리터러시를 측정하기 위한 도구의 유망한 대안으로 평가된다. 그러나 건강지식 테스트의 경우 일반화의 어려움이 존재하고, 간접적인 측정방식은 도구의 외적 타당도가 낮다는 점에서 기능적 헬스리터러시의 포괄적인 개념을 측정하는 ‘골드 스탠다드’가 되기에는 아직 부족하다.

제 3 절 북한이탈주민과 기능적 헬스리터러시의 관련 요인

이주민은 심각한 건강 불평등에 처한 취약그룹으로 대부분이 높은 질병 이환율 및 사망률을 나타내는 등 건강 결과가 나쁜 것으로 알려져 있고(Freedman, 2004; Chang et al., 2004), 이에 따라 건강과 의료서비스에 대한 요구도도 높다. 이를 해결하기 위해 효과적인 건강 커뮤니케이션의 역할이 중요하다(Kreps, 1996). 건강 커뮤니케이션은 이주민이 자신의 잠재된 건강문제에 대해 인지하고, 문제를 최소화하거나 효과적으로 반응하도록 도울 수 있기 때문이다(Kreps, Sparks, 2008). 그 중에서도 자신의 건강문제와 관련된 건강정보를 얻고 이해하며 활용하는 능력인 헬스리터러시가 중요하지만, 일반적으로 이주민은 정착한 국가의 국민보다 헬스리터러시 수준이 낮아 여러 가지 어려움을 겪는다(Kreps, 2005; Gazmararian et al., 2003; Ng & Omariba, 2013). 인구의 1/5이 이민자인 캐나다에서 2003년 시행한 IALSS(International Adult Literacy and Skills Survey)에서는 이주민들의 전반적인 헬스리터러시 점수가 국가 평균보다 유의하게 낮은 것으로 나타났다(Canadian Council on Learning, 2008).

이처럼 이주민의 낮은 헬스리터러시 수준을 설명하기 위하여 헬스리터러시와 관련된 요인에 주목할 필요가 있다. 일반적으로 교육수준이 낮고 연령이 높으며 소득수준이 낮은 경우, 배우자가 없는 경우, 소수 인종·민족의 경우 기능적 헬스리터러시 수준이 낮은 것으로 알려져 있다. 외국에서 노인을 대상으로 한 연구에서는 성별이 유의하지 않은 변수로 제시되거나(Gausman Benson & Forman, 2002; Gazmararian et al., 1999), 남성의 헬스리터러시 수준이 낮은 것으로 나타나는 등 (Sudore et al., 2006; Wagner, Knight, Steptoe & Wardle, 2008) 서로 일치하지 않은 결과를 보였

고, 국내에서도 남성의 헬스리터러시 수준이 더 높거나(이태화 외, 2008), 성별에 따른 차이가 밝혀지지 않았다(김수현 등, 2008). 성별에 따른 기능적 헬스리터러시의 차이는 다양한 사회인구학적 변수에 의해 집단의 특성이 달라지는 것으로 보고된다(Baker et al., 2000; Howard et al., 2006). 연령은 기능적 헬스리터러시의 중요한 영향요인으로 알려져 있고, 대부분의 연구에서 연령이 높을수록 기능적 헬스리터러시 수준이 낮아진다고 보고한다(Williams et al., 1998; Baker et al., 2000; Gausman Benson & Forman, 2002). 연령이 높아질수록 낮은 헬스리터러시 수준을 나타내는 것은 나이가 들수록 전반적인 정신적 능력이 감소하여 정보를 읽고 이해하는데 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Carlson et al., 2008; McGinnis, 2009). 교육수준이 낮은 경우 기능적 헬스리터러시 수준이 낮고(Gazamararian et al., 1999; Sudore et al., 2006), 교육수준이 높아질수록 기능적 헬스리터러시 수준도 높아지는 것으로 나타난다(Baker et al., 2000; Williams et al., 1995). 그러나 대상자의 교육수준이 건강정보를 이해하고 판단하는 능력을 대표하는 기준으로 설명할 수 없다는 의견이 제기되기도 하였다(Andrus & Roth, 2002; Doak et al., 1996). 결혼상태에 따라서는 결혼한 경우에 비해 결혼한 적이 없거나 이혼, 별거, 사별한 경우 헬스리터러시 수준이 낮았다(Martin et al., 2009). 주관적으로 인식하는 건강상태 또한 기능적 헬스리터러시와 관련이 있다고 알려져 있는데, 부적절한 기능적 헬스리터러시 수준을 가진 환자들은 적절한 수준의 환자들에 비하여 자신의 건강상태가 ‘나쁘다’라고 응답하였고, 여러 연구에서 낮은 리터러시 수준은 낮은 주관적 건강상태와 관련이 있는 것으로 나타났다(Baker et al., 1997, 2000; Wolf et al., 2005; Sudore et al., 2006; Wagner et al., 2007). 이러한 요인들 외에도 인종이 기능적 헬스리터러시 수준과 관련이 있고, 백인에 비해 흑인, 히스패닉, 아시안, 다인종인 경우에 헬스리터러시 수준이 유의하게 낮은 경향을 보였다(Martin et al., 2009). 이주민의 정착기간도 기능적 헬스리터

러시 수준과 관련이 있다. 이주민의 정착기간은 문화적응(acculturation)의 대리변인이라 할 수 있고, 문화적응은 이주민 집단의 헬스리터러시에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Ciampa et al., 2012). Martin 등(2009)의 연구에서는 미국에서 태어난 사람에 비하여 이주민 중 이주한 지 5년 미만인 경우 오즈비가 -20.4, 6-10년인 경우 -19.0, 10년 이상의 경우 -14.2로 최근에 이주한 경우에 헬스리터러시 수준이 더 낮은 것으로 나타나 정착기간이 기능적 헬스리터러시의 관련요인으로 제시되었다. 이주노동자와 결혼이주여성을 대상으로 한 국내 이주민 연구에서도 정착기간과 헬스리터러시 수준의 관련성이 밝혀졌으며, 정착기간이 길어질수록 헬스리터러시 수준이 높아졌다(이수현 외, 2012; 이정미 외, 2013). 연구대상자의 시력과 인지능력 또한 헬스리터러시에 영향을 미칠 수 있기 때문에 헬스리터러시를 측정하기 전에는 반드시 확인해야 한다. 특히 노인과 같이 기존에 시력과 인지능력이 부족한 것이 알려져 있거나 과소 보고되고 있는 경우에는 반드시 측정을 해야 한다(friedman SM et al., 1999). 그렇지 않으면 낮은 헬스리터러시 수준을 과소평가할 가능성이 생긴다. 65세 이상의 노인의 경우 연령의 증가와 치매 등의 질환 발병률이 증가하면서 이로 인한 인지능력 감소가 낮은 헬스리터러시 수준을 설명하는 가장 설득력 있는 요인이라는 연구결과들이 제시되었다(Baker, Gazmararian, Sudano, & Patterson, 2000; Baker, Wolf, feinglass, & Thompson, 2008). 대부분의 북한이탈주민은 북한에서 탈출한 뒤 제3국에서 체류하다 남한으로 입국하는 경로를 거치는데 그 과정에서 다양한 외상을 경험한다. 2000년대 후반 이후 국가경비와 단속이 강화되고 지속적인 강제송환이 실시됨에 따라 중국 등지에 체류하는 북한이탈주민들은 불법체류자 신분으로 간주되어 늘 공안당국의 집중단속이나 주변의 고발의 위협에 시달리며, 북한으로 송환되는 경우 비좁고 비위생적인 환경에 수용되어 각종 고문, 구타, 언어폭력과 굶주림 등을 겪는다. 김병창 등(2010)의 연구에서는 제3국 체류기간이 길어짐에 따라

우울, 불안 및 외상 후 스트레스 장애로 진단되는 빈도가 높았고, 김연희 등(2005)의 연구에서는 북한이탈주민의 총격이나 추격, 구금, 고문, 인신매매, 북송, 가족의 상실, 생명의 위협, 성적 폭력 등의 외상경험이 정신건강문제 및 외상 후 스트레스 장애와 연관이 있는 것으로 나타났다. 외상후 스트레스 장애(PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder)는 심각한 신체적 손상을 동반한 자동차 사고, 전쟁, 천재지변 및 강간 등의 다양한 외상성 스트레스를 겪은 후에 이와 관련된 재경험, 사고와 관련된 장소 및 행위의 회피, 그리고 과각성 등의 증상이 발현되는 질환이다(APA, 2000). 이들의 PTSD 유병률은 연구마다 차이가 있지만, 2000년 이후 하나원 입소자들의 경우에는 일관성 있게 전체의 25~30%정도가 PTSD 증상을 보고하고 있다(김연희 등, 2010). 외국에서는 외상 후 스트레스 장애가 있는 경우 명확한 기전이 밝혀진 것은 아니나 기억력 등 인지능력이 감소한다는 연구결과가 있다(Danckwerts et al., 2003; McNally, 2006).

북한이탈주민의 헬스리터러시에 대한 선행연구는 부재하나 이들의 낮은 헬스리터러시 수준을 짐작하게 하는 연구결과들이 있다. 북한이탈주민은 남한의 의료체계 및 의료기관 이용에 대한 이해력 부족, 북한에서의 질병행동과 치료추구행위의 차이, 경제적 이유로 자신의 건강관리와 치료를 위한 보건의료서비스 이용에 어려움을 겪는 것으로 보고된다. 북한이탈주민은 남한에서 새롭게 경험하는 보건의료체계 내에서 자신의 의료욕구를 파악하여 올바른 병의원을 선택하여 방문하는 것, 세분화된 진료과목 중 알맞은 것을 선택하고 의료이용까지 이어지는데 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 또한 북한이탈주민은 남한사회의 적응과 생계를 위한 경제활동에 몰두하여 정작 자신의 건강에 적신호가 오는데도 방치하는 경우가 있고, 북한에서 자가진단과 치료를 하던 습관이 이어져 병원 이용을 포기하고 자가치료를 반복하거나 의약품을 오남용하는 등 병을 악화시키는 일이 잦았다. 북한에서는 질병에 걸렸을 때 즉각적

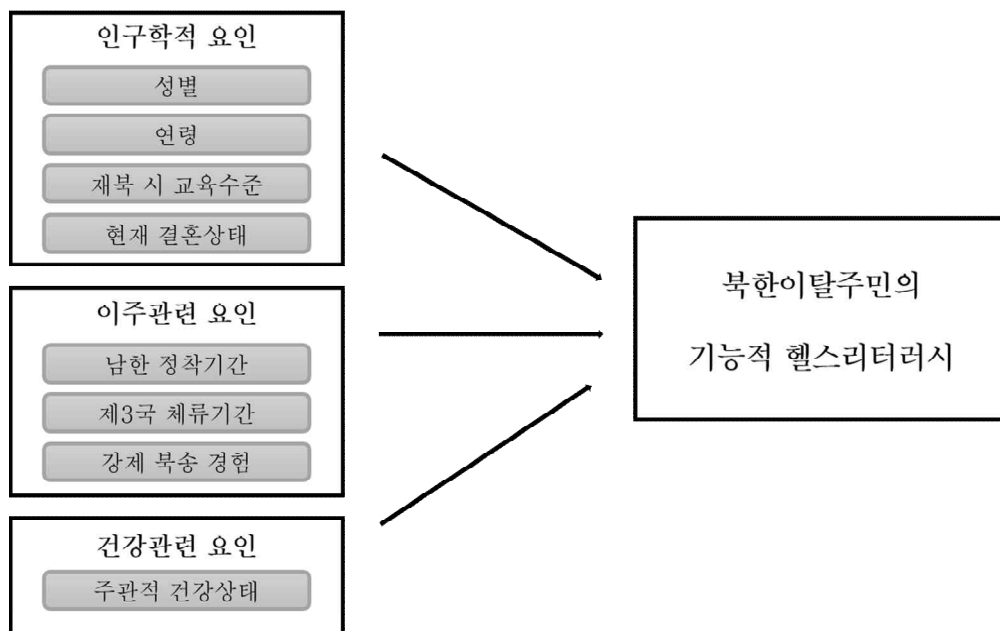
으로 의료기관에 찾아가기 보다는 참는 것이 만성화되어 있고, 중대한 질병에 대한 검진체계가 작동하지 않으므로 의료기관 방문의 필요성을 인지하지 못하기 때문이다. 한편으로 의료진과의 의사소통에서도 어려움을 겪는 것으로 나타났는데, 2007년의 조사에서는 28.5%가 의료진의 설명을 잘 이해하지 못하였다(신미녀, 2012). 이는 문화와 언어적 차이로 전문적인 의학용어나 외래어에 대한 북한 이탈주민의 이해가 떨어지고 질병명이나 의료기구등의 명칭도 남북한에 차이가 나기 때문이다. 또한 적절한 정보원을 통해 건강정보를 획득하는 것은 헬스리터러시 수준에 영향을 줄 수 있으나 북한 이탈주민의 경우 건강에 대한 정보원이 제한되어 있는 것으로 보인다. 북한이탈주민의 정보요구에 대한 조용완(2006)의 연구에서는 취업/사업 정보(83.1%), 복지혜택 정보(41.6%)에 이어 건강정보에 대한 요구(39.3%)가 3순위로 높았다. 그러나 이러한 정보요구를 충족시키기 위해 공식적인 기관이나 단체를 활용하기 보다는 자신과 같은 처지에 있는 북한이탈주민 가족, 친구, 이웃을 통해 폐쇄적으로 정보를 수집하는 경향을 보였으며, 대중매체 정보원을 적극적으로 활용하려는 모습은 나타났으나 정보환경이 상대적으로 열악하여 필요한 정보를 제대로 입수하여 문제 해결에 활용하는 데에는 어려움을 겪고 있었다(조용완, 2006).

이처럼 북한이탈주민에게서 기능적 헬스리터러시 수준이 취약하여 발생할 수 있는 여러 문제들이 보고되고 있으나 실제 헬스리터러시 수준을 측정하거나 헬스리터러시의 관점에서 이들이 겪는 어려움을 분석한 연구는 전무한 실정이다. 따라서 다음과 같이 연구내용을 설계하여 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준과 이에 관련된 요인에 대한 탐색적 연구를 진행하고자 한다.

제 3 장 연구방법

제 1 절 연구모형 및 연구질문

본 연구는 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준을 파악하고 이와 관련된 요인들을 규명하기 위한 서술적 횡단 연구로 설계되었다. 기능적 헬스리터러시 점수를 종속변수로 하고 인구학적 요인, 이주관련 요인, 건강관련 요인을 각각 독립변수로 하여 변수간의 관계를 분석하고자 하였다. 독립변수는 선행연구에서 밝혀진 영향요인과 이론적 논의에 근거하여 관련요인을 구성하였다. 본 연구의 연구모형과 연구질문은 다음과 같다.



[그림 1] 연구의 모형

【연구질문 1】 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시는 현재 어떤 수준인가?

【연구질문 2】 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인은 무엇인가?

2-1. 북한이탈주민의 인구학적 특성, 이주관련 요인, 건강관련 요인 중 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인은 무엇인가?

제 2 절 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 대한민국에 정착하여 서울과 경기지역에 거주하는 만 19세 이상의 북한이탈주민으로, 남한에 입국한 북한이탈주민의 성별과 연령구조를 반영하여 표본 200명을 수집하였고 그 중 10대를 제외한 190명의 조사 자료를 본 연구에 활용하였다. 자료 수집은 2012년 10월에서 11월까지로 약 한 달간 진행되었으며, 서울대학교 의과대학 통일의학센터의 ‘정착시기별 북한이탈주민의 미충족 의료 및 건강 문해 현황’ 조사의 일부로 실시되었다. 표본 수집 방법은 북한이탈주민 네트워크를 통하여 조사원 4명을 모집하고, 이들을 통해 세 차례에 걸쳐 조사대상자를 표집 하는 방법을 선택하였으며, 신변보호 및 안전상의 이유로 노출을 기피하는 조사대상자의 특성을 고려하여 비확률 표집방법을 선택하였다.

조사자는 총 4명으로 북한이탈주민 네트워크의 북한이탈주민 3명과 이들을 총괄하는 1명으로 구성되었으며, 연구자가 조사지휘자인 1인의 북한이탈주민과 2012년 9월 사전 면담 교육을 실시하였다. 개인의 주관으로 인한 설문지 작성의 오차를 최소화하기 위하여 1인의 지휘자가 3명의 조사원들에게 연구의 목적과 취지 및 설문내용, 변수들의 개념, 도구의 특성, 질문 및 기재요령 등을 설명하여 설문지를 올바르게 이해하도록 사전교육을 실시하게 하였다. 설문 작성은 조사자가 설문의 목적, 내용, 설문지 구성에 대해 구체적으로 설명한 후, 자기-보고 척도를 사용하여 대상자가 직접 설문지를 읽고 기입하는 방식으로 진행되었다. 자료 수집은 연구에 대한 목적을 충분히 설명한 후 연구에 참여하기를 희망한 자만을 대상으로 하였다. 조사원이 대상자에게 연구목적을 설명하고 익명성과 비밀보장 및 연구 진행 과정에서 대상자가 원하는 경우 연구 참여를 중단해도 된다는 설명과 함께 서면 동의를 얻었다.

기능적 헬스리터러시를 측정하는 문항은 대상자가 읽고 쓰기

가 가능한 경우에는 본 설문지를 제시하고 직접 작성하도록 하였고, 대상자가 읽고 쓰는 능력이 부족하면 조사자가 대상자에게 각 문항을 읽어주도록 하였다. 또한 대상자가 문항에 대한 답을 요구하는 경우라도 문항을 다 풀 때까지 정답을 가르쳐주지 않도록 하여 다음 문항을 푸는데 영향을 주지 않도록 하였다.

제 3 절 연구도구

가. 종속변수

종속변수인 북한이탈주민의 헬스리터러시를 측정하기 위해 본 연구에서는 이태화와 강수진이 한국 노인의 건강 문해를 측정하기 위해 개발한 S-KHLS(Short-Korean Health Literacy Scale)¹⁾를 사용하였다(이태화&강수진, 2009). 이 도구는 총 25문항으로 구성된 이태화와 강수진(2008)의 한국 건강 문해력 측정 도구(KHLS)를 12문항으로 줄인 단축형 도구로 건강관련 용어 영역(5문항)과 이해 및 수리 영역(7문항)으로 구성되어 있으며, 정답은 1점, 오답은 0점을 부여하여 총 점수가 높을수록 헬스리터러시 수준이 높음을 의미한다.

건강관련 용어 영역 5문항은 ‘알코올’, ‘비만’, ‘질병’, ‘고혈압’, ‘생활습관병’의 의미를 이해하고 관련된 내용에서 적절한 용어를 선택할 수 있는지를 확인하는 영역으로 변형된 클로제 방법을 적용한 문항으로 구성되어 있다. 이해 및 수리 영역은 ‘기초적인 용량 계산’, ‘진료 예약증의 날짜 확인’, ‘외래 진료 시간표 읽기’, ‘8시간 간격의 복약 시간 계산’, ‘다빈도 질환의 그래프 읽기’, ‘복약 안내문 읽기’, ‘영양성분표의 함유량 읽기’ 문항으로 구성되어 있으며 여러 보기 중에 정답을 고르는 방식을 택했다.

1) 이태화(2008)가 노인의 헬스리터러시를 측정하기 위해 개발한 도구는 건강문해 정도를 측정하기 위하여 병원, 보건소, 약국 등의 의료기관에서 접하는 정보 및 동의서, 투약처방 및 설명 등과 신문 및 인터넷, 초등학교 교과서 등에 있는 건강 관련 정보를 기반으로 의사, 임상환자교육 담당 간호사, 보건 교사, 보건 진료원, 보건교육전문가, 문해 교육 전문가로 구성된 모임을 통해 도구의 수준과 문항을 구성하였고 그 결과 CVI(Index of Content Validation) 70% 이상인 항목을 중심으로 개발되었다. 탐색적 요인 분석 및 문항반응이론(Item Response Theory)을 근거로 Rasch 모형을 적용하여 문항 분석을 통해 각 문항에 대한 응답자의 능력과 문항의 난이도를 통계적으로 확인해 봄으로써 적합도가 양호한 문항으로 개발되었다.

Lee와 Kang(2009)의 연구에서 도구의 신뢰도는 건강관련 용어 영역의 신뢰도(Cronbach's alpha)가 0.52, 이해 및 수리 영역이 .75 이었고, 전체 도구의 신뢰도는 0.77이었다. 본 연구에서는 건강관련 용어 영역의 신뢰도는 0.60, 이해 및 수리 영역은 0.66, 전체 도구의 신뢰도는 0.77로 나타났다.

나. 독립변수

(1) 인구학적 특성

대상자의 인구학적 변수는 성별, 연령, 재북 시 교육수준, 현재 결혼상태로 구성하였다. 성별은 남자의 경우 0, 여자의 경우 1로 처리하여 더미변수로 만들었고, 연령은 현재 만 나이를 직접 기입하도록 한 후 10세를 단위로 범주화하여 '20-29세', '30-39세', '40-49세', '50대 이상'으로 재분류하였고, 20-29세를 0으로 나머지를 1부터 3으로 더미변수 처리하였다. 재북 시 교육수준은 '인민학교 졸업 이하'를 0으로, '고등중학교 졸업'을 1, '전문대 졸업 이상(전문대 졸업, 대학교 졸업 이상)'을 2로 처리하였고, 현재 결혼상태는 '배우자 있음(기혼, 동거)'을 0, '배우자 없음(미혼, 이혼, 별거, 사별)'을 1로 재분류하여 분석에 사용하였다.

(2) 이주관련 특성

이주관련 특성은 북한이탈주민이 처한 특수한 상황을 고려한 변수로 남한 정착기간, 제3국 체류기간, 강제 북송 경험으로 구성하였다. 남한 정착기간과 제3국 체류기간은 탈북 연월, 남한 입국 연월을 직접 기입하도록 한 후, 설문 시점인 2012년 10월을 기준으로 남한에 입국한 연월을 기준으로 계산하여 남한 정착기간을, 남한에 입국한 연월에서 탈북 연월을 빼서 계산하여 제3국 체류기간을 파악하였고 이를 각각 1년 단위로 구분하여 '0-1년 이하', '1-2년 이하', '2-3년 이하', '3-4년 이하', '4-5년 이하', '5년 초과'로 분류하였다. 남한 정착기간은 2년 이하의 표본이 없는 관계로 분석 시 '0-3년 이하'의 하나의 구간으로 포함했다. 강제 북송경험은 '북한으로 강제 송환된 경험이 있습니까?'라는 문항에 '예', 또는 '아니오'로 응답한 결과를 각각 1과 0으로 처리하였다.

(3) 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 ‘현재 귀하의 전반적인 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?’라는 질문에 ‘1 매우 좋음’, ‘2 좋음’, ‘3 보통’, ‘4 나쁨’, ‘5매우 나쁨’으로 Likert 척도로 측정하였고, 분석을 위하여 ‘좋음(매우 좋음, 좋음)’을 0, ‘보통’을 1, ‘나쁨(나쁨, 매우 나쁨)’을 2로 더미변수로 처리하였다.

[표 1] 연구의 독립변수

변수	내용	문항번호
인구학적 변수	성별, 연령, 재북 시 교육수준, 현재 결혼상태	3-1, 3-2, 3-3, 3-4
이주관련 변수	남한 정착기간, 제3국 체류기간, 강제 북송 경험	1-2, 3-5
건강관련 변수	주관적 건강상태	1-1

제 4 절 자료분석

수집한 자료의 분석은 STATA 12.0 통계 프로그램을 사용하였다. 본 연구의 자료분석은 기능적 헬스리터러시 측정 도구에 대한 신뢰도 검사와 기술분석, 빈도분석, T-검증과 분산분석, 사후검정, 그리고 다중회귀분석을 활용하였다.

첫째, 기능적 헬스리터러시 측정도구의 신뢰도를 검사하기 위해 Cronbach's α 값을 구하였다.

둘째, 대상자의 일반적 특성 및 기능적 헬스리터러시 현황을 파악하기 위하여 빈도분포, 백분율, 산술평균, 표준편차 등 기술분석을 시행하였다.

셋째, 인구학적 특성, 이주관련 특성, 건강관련 특성에 따라 기능적 헬스리터러시 수준에 차이가 있는지 알아보기 위하여 T-검증과 분산분석(ANOVA)을 시행한 후, Scheffe test로 사후검정을 하였다.

넷째, 종속변수인 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 인구학적 변수, 이주관련 변수, 건강관련 변수를 독립변수로 하여 다중회귀분석을 시행하였다.

제 4 장 연구결과

제 1 절 연구대상자의 특성

본 연구의 대상자는 북한이탈주민 190명으로 이들의 일반적인 특성은 다음 [표 2]과 같다.

[표 2] 대상자의 특성

(N=190)

변수명	구분	명	%	평균	표준 편차
성별	남성	57	30.00		
	여성	133	70.00		
연령				41.48	10.46
	20-29세	25	13.16		
	30-39세	57	30.00		
	40-49세	64	33.68		
	50세 이상	44	23.16		
재북 시 교육수준	인민학교졸업이하	27	14.52		
	고등중학교졸업	118	63.44		
	전문학교졸업이상	41	22.04		
결혼상태	배우자 있음	107	56.91		
	배우자 없음	81	43.09		

남한 정착기간	(범위)	25~201 개월	7.52	2.87
	0-12개월	0	0.00	
	13-24개월	0	0.00	
	25-36개월	6	3.16	
	37-48개월	9	4.74	
	49-60개월	19	10.00	
	61개월 이상	156	82.11	
제3국 체류기간	(범위)	0~170 개월	3.78	2.21
	0-12개월	17	9.50	
	13-24개월	22	12.29	
	25-36개월	37	20.67	
	37-48개월	29	16.20	
	49-60개월	23	12.85	
	61개월 이상	51	28.49	
강제 복송 경험				
	있음	35	18.42	
	없음	155	81.58	
주관적 건강상태				
	좋음	54	31.21	
	보통	94	54.34	
	나쁨	25	14.45	

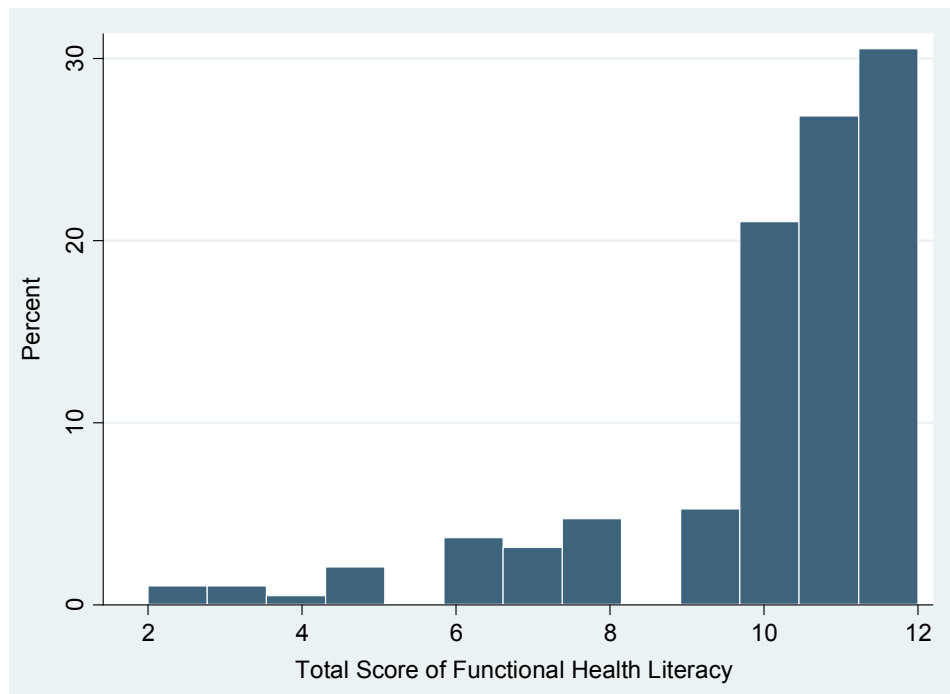
연구대상자 총 190명 중 ‘남성’은 57명(30.0%), ‘여성’은 133명(70.0%)이었다. 평균 연령은 41.48(\pm 10.46)세로, ‘40-49세’가 33.68%로 가장 높은 분포를 보였으며 ‘30-39세’ 30.00%, ‘50세 이상’ 23.16%, ‘20-29세’ 13.16% 순으로 높게 나타났다. 북한에서의 교육 수준은 ‘고등중학교 졸업’이 118명(63.44%)으로 가장 많았으며 ‘인민학교 졸업(이하)’가 27명(14.52%), ‘전문학교 졸업 이상’이 41명(22.04%)이었다. 결혼 상태는 ‘유배우자’가 107명(56.91%)로 절반 이상을 차지하였고, 배우자와 사별, 이혼, 별거 및 미혼 등 ‘배우자가 없는’ 경우는 81명(43.09%)이었다.

남한정착기간은 평균 7.52(± 2.87)년으로 최저 2년 1개월에서 최고 16년 9개월까지 다양한 분포를 나타냈다. 1년 이하, 1년~2년 이하에 해당하는 자는 없고, 3년 이하가 3.16%, 3-4년 이하가 4.74%, 4-5년 이하가 10.00%이었으며 5년을 초과한 경우가 82.11%로 대부분을 차지하였다. 북한을 탈출한 이후 제3국에서 체류한 기간은 평균 3.78(± 2.21)년으로, 최저 0개월에서 최고 14년 2개월까지 분포하였다. 분류별로 살펴보면 1년 이하 9.50%, 1-2년 이하 12.29%, 2-3년 이하 20.67%, 3-4년 이하 16.20%, 4-5년 이하 12.85%, 5년 초과 28.49%였다. 북한이탈주민의 남한정착기간과 제3국 체류기간은 학계에서 합의된 분류기준이 현존하지 않은 관계로 Park, Cho, Yoon(2009)의 연구를 참고하였다. 남한정착과 제3국 체류 기간을 1년 단위로 구분하였으며, 5년을 초과하는 경우 하나의 구간으로 분류하였다. 결혼이주여성의 한국 거주기간을 사회문화적 적응단계로 분류한 정경운 등(2009)의 연구에서는 1년 이내를 초기 단계, 1년 이상~5년 미만을 적응단계, 5년 이상~10년 미만을 안착단계, 10년 이상을 성숙단계로 구분하였는데 이처럼 정착기간이 5년을 초과하는 경우 새로운 사회에 안착하여 기간의 영향력이 감소한다고 간주하여 세분하지 않았다. 연구 대상자 중 북한으로 강제 송환된 경험에 있는 사람은 전체의 18.42%(35명)이었다. 주관적 건강상태는 ‘보통’이라고 응답한 대상자가 94명(54.34%)으로 전체의 절반 이상을 차지하였고, ‘ 좋음 ’ 31.21%, ‘ 나쁨 ’ 14.45% 순으로 나타났다.

제 2 절 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 현황

가. 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준

연구대상자의 기능적 헬스리터러시 점수의 평균은 10.19(± 2.12)점이었으며, 점수 분포는 2~12점 사이였다. 하부 영역별로 살펴보면 ‘건강관련 용어 영역’은 총 5문항의 평균이 4.13(± 1.10)점이었고, ‘이해 및 수리 영역’은 총 7문항으로 평균은 6.06(± 1.25)점이었으며, 점수의 분포는 각 0~5점, 1~7점이었다. 대상자의 평균 정답률은 84.86%로 영역별로는 용어 영역이 82.63%, 이해 및 수리 영역이 86.62%로 조사되었다. 각 문항의 세부 내용 및 정답률은 [표 3]에 제시하였다.

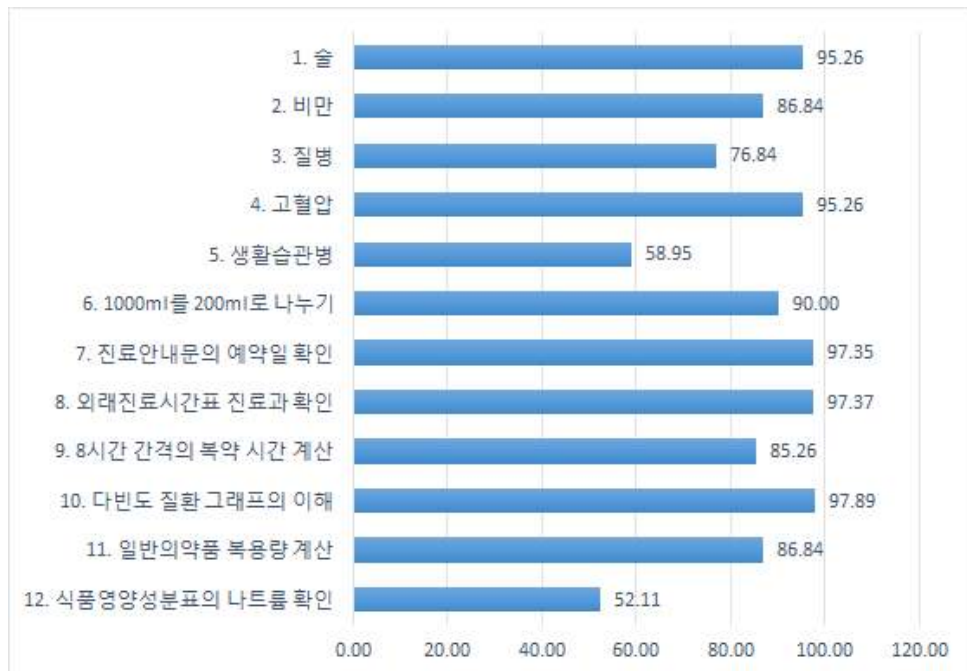


[그림 2] 기능적 헬스리터러시 점수 분포

[표 3] 기능적 헬스리터러시 정답률

(N=190)			
영역	문항	정답률 (%)	Mean (±SD)
건강관련 용어영역	1. 슬	95.26	4.13 (±1.10)
	2. 비만	86.84	
	3. 질병	76.84	
	4. 고혈압	95.26	
	5. 생활습관병	58.95	
	평균	82.63	
이해 및 수리 영역	6. 1,000ml를 200ml로 나누기	90.00	6.06 (±1.25)
	7. 진료안내문의 예약일 확인	97.35	
	8. 외래진료시간표 진료과 확인	97.37	
	9. 8시간 간격의 복용 시간 계산	85.26	
	10. 다빈도 질환 그래프의 이해	97.89	
	11. 일반의약품 복용량 계산	86.84	
	12. 식품영양성분표의 나트륨 확인	52.11	
	평균	86.82	
전체평균		84.86	10.19 (±2.12)

영역별로 세부문항의 정답률을 구체적으로 살펴보면 ‘건강관련 용어 영역’에서는 ‘술(문항 1)’과 ‘고혈압(문항4)’의 의미를 묻는 문항의 정답률이 각각 95.26%로 가장 높았고, ‘생활습관병(문항 5)’이 58.95%로 가장 낮았다. ‘이해 및 수리 영역’에서 가장 높은 정답률을 기록한 문항은 ‘다빈도 질환 그래프의 이해(문항 5)’으로 97.89%였고, ‘식품영양성분표의 나트륨 확인(문항7)’은 52.11%로 정답률이 가장 낮았다.



[그림 3] 기능적 헬스리터러시 문항별 정답률

나. 백분율로 환산한 기능적 헬스리터러시 수준

Parker 등(1995)은 TOFHLA의 점수를 백분율로 환산한 후 적합한 수준(Adequate level), 경계역 수준(Marginal level), 부족한 수준(Inadequate level)으로 나누어 헬스리터러시 수준을 평가하는 기준을 마련하였다. 본 연구에서 사용한 S-KHLS는 헬스리터러시 수준의 평가기준이 개발되지 않은 상태이기 때문에 Parker 등과 같은 평가가 어렵다. 그러나 동일한 도구를 사용해 고혈압 성인의 헬스리터러시를 연구한 권명순 등(2012)은 S-KHLS로 측정한 헬스리터러시 총점을 임의적으로 상관관계의 기준에 따라 상, 중, 하의 수준으로 구분하였다. 상(High level)은 12점을 만점으로 하여 상위 약 70%에 해당하는 수준으로 8.41점 이상, 중(Middle level)은 총점의 약 40~70%에 해당하는 수준으로 4.81-8.40점, 하(Low level)는 총점의 약 40% 이하에 해당하는 수준으로 점수는 0~4.80점이 해당하였다. 이 기준에 맞추어 본 연구대상자의 헬스리터러시 수준을 분류한 결과 전체 대상자 중 83.68%가 상(High level)에 해당하였고, 중(Middle level)은 13.68%, 하(Low level)은 2.63%였다.

[표 4] 백분율로 환산한 기능적 헬스리터러시

(N=190)

	분류	N	%
상(High level)	0-4.80 점	159	83.68
중(Middle level)	4.81-8.40 점	26	13.68
하(Low level)	8.41 점 이상	5	2.63

제 3 절 특성에 따른 기능적 헬스리터러시 수준

대상자의 특성에 따른 기능적 헬스리터러시 수준은 ‘성별’, ‘연령’, ‘재북 시 교육수준’, ‘결혼상태’, ‘강제북송경험’, ‘주관적 건강상태’에 따라 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 그 결과는 [표 5]에 제시하였다.

기능적 헬스리터러시의 총점은 남자가 $10.79(\pm 1.94)$ 점으로 여자의 $9.94(\pm 2.15)$ 점보다 높았다($t=2.57$, $p=.006$). 연령에 따라서는 30대의 점수가 $10.61(\pm 1.45)$ 점으로 가장 높았으며, 20대는 $10.44(\pm 1.89)$ 점, 40대는 $10.28(\pm 2.16)$ 점, 50대 이상은 $9.38(\pm 2.70)$ 점 순이었고, 사후검증결과 30대에 비해 50대 이상의 총점이 통계적으로 유의하게 낮았다($F=3.12$, $p=.027$). 북한에서의 교육수준은 ‘전문대 졸업 이상’ 집단(11.22 ± 1.47)이 ‘인민학교 졸업 이하(10.00 ± 2.39)’와 ‘고등중학교 졸업(9.85 ± 2.17)’ 집단에 비해 통계적으로 유의하게 총점이 높았다($F=6.77$, $p=.002$). 배우자가 있는 집단(10.49 ± 0.16)은 배우자가 없는 집단(9.83 ± 0.28)에 비해서 기능적 헬스리터러시 총점이 높았다($t=2.14$, $p=0.017$).

남한정착기간이 길어지면 헬스리터러시 점수가 높아지다가 5년을 초과하면 약간 낮아지는 경향을 보였으나 통계적인 차이는 없었고($F=0.37$, $p=0.775$), 제3국 체류기간에 따라서도 기능적 헬스리터러시 총점은 유의한 차이를 나타내지 않았다($F=1.41$, $p=0.224$). 강제북송 경험이 있는 집단(8.17 ± 0.53)은 경험이 없는 집단(10.65 ± 0.12)에 비해 기능적 헬스리터러시 점수가 유의하게 낮았다($t=-6.99$, $p=.000$). 주관적 건강상태는 ‘나쁨’이라고 응답한 집단의 기능적 헬스리터러시 점수가 ‘ 좋음’, 또는 ‘보통’이라고 응답한 집단의 점수보다 낮았다($F=5.14$, $p=0.007$).

총점 외에 영역별로 나누어 특성별 헬스리터러시 수준을 분석

한 결과는 총점의 결과와 유사하게, 성별, 재북 시 교육수준, 결혼상태, 강제북송경험, 주관적 건강상태에 따라 유의한 차이를 나타냈고, 남한정착기간, 제3국 체류기간은 유의하지 않았다. 건강관련 용어영역의 점수는 30대에 비해 50대 이상의 점수가 유의하게 낮았으나($p=.019$), 수리 및 이해영역 점수는 연령에 따른 유의한 차이를 나타내지는 않았다($p=0.115$).

[표 5] 특성별 기능적 헬스리터러시 수준

(N=190)

	총 점				건강관련 용어영역				이해 및 수리영역			
	Mean	SD	t / F	p (Scheffe)	Mean	SD	t / F	p (Scheffe)	Mean	SD	t / F	p (Scheffe)
성 별			2.57	0.006**			2.55	0.006**			2.10	0.018*
남성	10.79	1.94			4.44	1.07			6.35	1.08		
여성	9.94	2.15			4.00	1.09			5.94	1.30		
연 령			3.12	0.027* (2>4)			3.40	0.019* (2>4)			2.00	0.115
20대	10.44	1.89			4.16	1.07			6.28	1.06		
30대	10.61	1.45			4.39	0.88			6.23	0.85		
40대	10.28	2.16			4.19	0.97			6.09	1.37		
50대 이상	9.38	2.70			3.70	1.42			5.68	1.52		
재 복 시 교육 수준			6.77	0.002** (1=2<3)			6.00	0.003** (1=2<3)			5.12	0.007** (1=2<3)
≤인민학교졸업	10.00	2.39			3.96	1.16			6.04	1.45		
고등중학교졸업	9.85	2.17			3.97	1.12			5.87	1.29		
≥전문학교졸업	11.22	1.47			4.63	0.89			6.59	0.81		

결혼상태			2.14	0.017*			2.48	0.007**			1.44	0.076*
	배우자있음	10.49	0.16			4.31	0.81			6.18	1.11	
	배우자없음	9.83	0.28			3.91	1.36			5.91	1.40	
남한정착기간			0.37	0.775			1.27	0.285			0.35	0.788
	0-36개월	9.50	1.38			3.50	0.84			6.00	0.63	
	37-48개월	10.22	2.05			3.78	1.48			6.44	0.73	
	49-60개월	10.53	1.26			4.37	0.68			6.16	0.76	
	61개월 이상	10.18	2.23			4.15	1.12			6.03	1.33	
제3국체류기간			1.41	0.224			1.25	0.289			1.33	0.254
	0-12개월	10.59	2.12			4.29	1.53			6.29	0.92	
	13-24개월	10.14	2.46			4.09	1.34			6.05	1.43	
	25-36개월	10.86	1.38			4.41	0.76			6.46	0.80	
	37-48개월	9.72	2.48			3.93	1.00			5.79	1.66	
	49-60개월	10.26	2.12			4.35	1.19			5.91	1.12	
	61개월 이상	9.86	2.17			3.92	1.09			5.94	1.26	
강제북송경험			-6.99	0.000***			5.60	0.000***			6.71	0.000***
	있음	8.17	0.53			3.26	1.38			4.91	1.96	
	없음	10.65	0.12			4.33	0.93			6.32	0.83	

주관적 건강상태			5.14	0.007** (1=2>3)			2.56	0.080†			5.68	0.004** (1=2>3)
	좋은	10.24	2.15		4.15	1.05			6.09	1.36		
	보통	10.52	1.52		4.26	0.84			6.27	0.92		
	나쁨	9.08	3.04		3.72	1.62			5.36	1.66		

제 4 절 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인

일반적 특성 중 유의한 관계를 나타낸 성별, 연령, 북한에서 교육수준, 결혼상태, 강제북송경험, 주관적 건강상태를 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시에 영향을 미칠 것으로 예상하는 주요변수로 선정하였고, 남한정착기간과 제3국 체류기간은 유의한 관계를 나타내지 않았지만 북한이탈주민의 이주관련 특성을 반영하는 주요변수라고 판단하여 다중회귀분석에 포함하였다. 분석 시 연령은 연속변수로 사용하였고, 나머지는 구간변수로 사용하였다. 모형 1은 인구학적 변수들만을 고려한 회귀분석이고, 모형 2는 인구학적 변수들과 이주관련 변수들을 동시에 고려한 모델이며, 모형 3은 모형 2에 건강관련 변수를 고려한 연구의 최종 모델이다. 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시한 결과는 [표 6]에 제시하였다.

인구학적 변수들만을 고려한 모형 1에서는 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시에 ‘연령’과 ‘재북 시 교육수준’이 유의한 영향을 미치는 관련요인으로 나타났으며, 모형의 설명력은 20.25%이었다($p=.000$). 연령이 1세 증가할수록 기능적 헬스리터러시 점수는 0.083점 낮아지고($p=.000$), 교육수준은 ‘인민학교 졸업 이하’에 비해 ‘고등중학교 졸업’과 ‘전문대 졸업 이상’에서 기능적 헬스리터러시 수준이 통계적으로 유의하게 높았다($p=.084$, $p=0.000$). 성별과 배우자 유무는 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치지 않았다($p=.187$, $p=.134$).

모형 2는 모형 1에 이주관련 특성인 ‘남한정착기간’, ‘제3국 체류기’, ‘강제북송경험’을 추가로 회귀시킨 것으로 ‘연령’, ‘교육수준’, ‘남한정착기간’, 그리고 ‘강제북송경험’이 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났으며, 모형의 설명력은 37.17%였다

($p=0.000$). 연령이 1세 높아질수록 기능적 헬스리터러시의 점수가 0.070점 낮아졌으며($p=.000$), 재북 시 교육수준이 ‘인민학교 졸업 이하’에 비해 ‘전문대 졸업 이상’에서 헬스리터러시 점수가 높았다($p=.000$). 남한정착기간이 ‘3년 이하’인 경우에 비해 ‘5년 초과’에서 기능적 헬스리터러시 수준이 높았고($p=0.049$), 다른 변수를 모두 통제하고도 ‘강제북송 경험’이 있는 경우에 기능적 헬스리터러시 점수가 통계적으로 유의하게 낮았다($p=.000$).

모형 3은 모형 2에 ‘주관적 건강상태’를 추가로 회귀시킨 것으로 모형의 설명력은 39.78%이다. ‘연령’, ‘북한에서의 교육수준’, ‘남한정착기간’, ‘강제북송경험’, ‘주관적 건강상태’가 각각 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인으로 나타났고, 다른 변수들을 통제 한 상태에서 주관적 건강상태가 헬스리터러시에 영향을 미치는 것으로 나타났으며 ‘나쁨’에 비해 ‘보통’이라고 응답한 경우에 기능적 헬스리터러시의 점수가 유의하게 높았다($p=.049$).

분산 팽창 계수를 계산하여 최종모형의 다중공선성을 확인한 결과 모형 1의 평균 분산 팽창 계수(Mean VIF, Variation Inflation Factor)는 2.00, 모형 2는 2.74, 모형 3은 2.71로 모두 10 이하의 값을 나타내어 다중공선성 문제가 발생하지 않는 것으로 판단하였다.

[표 6] 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 관련요인

	Model 1				Model 2				Model 3			
	B	SE	p		B	SE	p		B	SE	p	
Constant	12.930	0.713	0.000		11.593	0.999	0.000		10.571	1.071	0.000	
Sex												
Male	ref.				ref.				ref.			
Female	-0.412	0.311	0.187		-0.391	0.368	0.290		-0.410	0.307	0.184	
Age	-0.083	0.020	0.000 ***		-0.070	0.017	0.000 ***		-0.070	0.017	0.000 ***	
Education												
≤elementary	ref.				ref.							
mid-high	1.012	0.582	0.084 *		0.869	0.536	0.107		0.681	0.525	0.197	
≥college	2.611	0.683	0.000 ***		2.449	0.657	0.000 ***		2.268	0.637	0.001 **	
Marriage												
W/spouse	ref.				ref.				ref.			
WO/ spouse	-0.492	0.327	0.134		-0.292	0.316	0.357		-0.008	0.287	0.978	
Duration in SK												
0~3yrs					ref.				ref.			
3~4yrs					-0.086	0.840	0.918		0.210	0.807	0.795	
4~5yrs					0.721	0.461	0.120		0.919	0.460	0.048 *	
>5yrs					0.894	0.451	0.049 *		1.275	0.407	0.002 **	

Duration in the 3rd country									
0~1yr									
1~2yrs									
2~3yrs									
3~4yrs									
4~5yrs									
>5yrs									
Repatriation									
No									
Yes									
Self-rated health									
Bad									
Normal									
Good									
<div> <div>n=184</div> <div>n=173</div> <div>n=157</div> </div> <div> <div>R-squared=0.2025</div> <div>R-squared=0.3717</div> <div>R-squared=0.3978</div> </div> <div> <div>F=7.65 (p=0.000)</div> <div>F=4.60 (p=0.000)</div> <div>F=4.98 (p=0.000)</div> </div> <div> <div>Mean VIF=2.00</div> <div>Mean VIF=2.74</div> <div>Mean VIF=2.71</div> </div>									

제 5 장 논의 및 고찰

제 1 절 연구결과에 대한 논의

가. 대상자의 일반적인 특성

본 연구는 남한에 정착한 북한이탈주민 만 19세 이상의 성인 190명을 대상으로 기능적 헬스리터러시의 수준과 관련 요인을 파악하기 위한 서술적 횡단면 연구이다. 본 연구의 대상자의 표본추출이 편의 추출로 이루어진 관계로 통일부(2014)의 자료에 근거하여 연구대상의 대표성을 확인하고자 하였다.

본 연구대상의 성별 구성비는 여성이 70%, 남성이 30%로, 통일부가 2014년 3월 잠정 집계한 북한이탈주민의 현황에서 여성의 비율이 70%인 것과 동일했다. 이는 최근 들어 남성에 비해 여성의 탈북이 일반화되고 입국 유형이 여성단독 혹은 가족동반중심으로 변화되고 있는 추세를 반영한다(Han & Lee, 2002). 연령 구성은 20-29세(13.2%), 30-39세(30.0%), 40-49세(33.7%), 50세 이상(23.2%)로 평균 연령은 약 41세였다. 통일부(2014)의 20-29세(34.2%), 30-39세(36.4%), 40-49세(18.3%), 50세 이상(11.0%)의 구성과 비교하여 볼 때 20대의 비율이 낮고 40대 이상의 비율이 높았다. 북한에서 교육수준을 살펴보면 본 연구에서는 인민학교 졸업 이하(15.5%), 고등중학교 졸업(63.4%), 전문대 졸업 이상(22.0%)으로 통일부(2014)의 인민학교 졸업 이하(7.2%), 고등중학교 졸업(75.4%), 전문대 졸업 이상(17.4%)과 비교했을 때 인민학교 졸업 이하와 전문대 졸업 이상의 비율이 각각 7.3%와 3.6%정도 높았으나, 전반적으로 대상자의 과반수 이상이 고등중학교 졸업에 해당하여 유사한 특성을 보였다.

본 연구에서 조사한 대상자의 남한정착기간은 평균 7.52년으로 최저 2년 1개월에서 최고 16년 9개월까지 넓게 분포하였다. 정착기간이 5년 이하에 해당하는 비율이 약 18%인데 비하여 5년 초과인 경우 약 82%로 남한사회에 어느 정도 적응하고 안착한 사람들이 높은 비율로 연구대상에 포함되었다. 그러나 정착기간이 2년 이하인 대상자를 수집하지 못해 정착 초기의 특징을 분석하는데 한계가 있었다. 제 3국 체류 기간은 평균 3.78년으로 제3국에 체류하지 않고 바로 입국한 경우에서부터 최고 14년 2개월을 체류한 경우까지 다양하게 분포하였다. 북한이탈주민실태조사(2012)에 따르면 북한이탈주민의 26.5%가 제3국 체류경험이 없다고 응답하였고, ‘1년 미만’이 5.1%, ‘1-2년 미만’이 6.8%, ‘2-3년 미만’이 6.8%, ‘3-4년 미만’이 6.6%, ‘4-5년 미만’이 5.8%, ‘5년 이상’이 33.2%로 상대적으로 본 연구대상자의 제3국 체류기간이 짧았다. 강제북송을 경험한 사람은 전체의 약 18%로, 하나원에 입소한 북한이탈주민을 대상으로 한 전정희(2012)의 연구에서 전체의 22.6%를 차지했던 것과 유사했다.

주관적 건강상태에 대해서는 보통이라는 응답이 50%를 넘었고, 좋다(31.2%)라고 응답한 사람에 비해 나쁘다(14.5%)고 응답한 비율이 낮았다. 대체로 선행연구에서 북한이탈주민은 스스로의 건강상태를 부정적으로 인식하였다(강영실, 2012; 전정희, 2012; 북한이탈주민실태조사, 2012). 북한이탈주민실태조사(2012)에서 평소 자신이 인식하는 건강상태에 대해 ‘건강하다’고 응답한 비율은 30.9%였고, 이에 반해 ‘건강하지 않다’는 응답은 41.1%로 더 높았다. 자신의 건강상태에 대한 평가는 ‘아주 건강하다’는 남성, 낮은 연령, 북한에서 교육수준이 높을수록 높게 나타났고, ‘전혀 건강하지 않다’는 연령이 높을수록 높아졌다. 그러나 정착초기보다는 시간이 지나면서 자신의 주관적 건강상태를 긍정적으로 생각하는 비율이 증가한다는 선행연구결과들에 따르면, 본 연구대상자의 평균 정착기간이 길기 때문에 주관적으로 인식하는 건강상태가 긍정적인 결과가 나왔다고 생각할 수 있다.

나. 기능적 헬스리터러시의 현황 및 수준

[그림 2] 기능적 헬스리터러시 점수의 분포를 보면 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 점수는 9점~12점의 상위권에 다수가 분포하고 있고, 평균 정답률도 84.86%로 높게 나타났다. 그러나 이 결과만으로는 대상자의 기능적 헬스리터러시 수준을 결정하기는 한계가 있으므로 우리나라 국민을 대상으로 한 선행연구의 결과와 비교하여 해석하고자 하였다. 그러나 본 연구의 결과를 선행연구와 단순히 비교하기에는 국내의 기능적 헬스리터러시 연구가 주로 노인을 대상으로 하여 평균 연령에 차이가 있고, 연구자마다 상이한 도구를 사용하여 직접적인 비교에 무리가 있었다. 따라서 ‘한국형 건강 문해 측정 도구’ KHLS(Korean Health Literacy Scale)와 그 단축형인 S-KHLS를 사용한 선행연구의 결과를 바탕으로 일반 국민과 비교했을 때 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시가 어느 수준에 해당하는지 파악하고자 하였다([표 6] 참조). 또한 기능적 헬스리터러시의 유력한 관련요인으로 기존에 밝혀져 있는 연령과 교육수준을 함께 제시하여 단순비교 시 최소한의 보정을 하고자 하였다. KHLS는 본래 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 개발된 도구이기에 선행연구들에서는 본 연구의 대상자에 비해 주로 평균 연령은 높고 교육수준은 낮았기 때문이다. 그러나 S-KHLS를 노인이 아닌 성인에게도 적용하기 위해 사전조사를 실시하고 전문가를 통해 적합성을 검증받은 후 본 도구를 성인에 적용한 선행연구도 있었다(권명순 외, 2013; 원양리, 2013).

[표 7] 선행연구와 비교한 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준

	이진선(2014)		이태화(2008)		권명순(2013)		원앙리(2013)	
측정 도구	S-KHLS		KHLS		S-KHLS		S-KHLS	
평균 연령	41.48(±10.46)세		73.3(±6.48)세		66.6(±11.3)세		56.8(±11.5)세	
교육 수준	인민학교 졸업이하	14.5%	초등학교 졸업이하†	45.2%	초등학교 졸업이하	52.4%	초등학교 졸업이하†	17.0%
	고등중학교 졸업	63.4%	중학교, 고등 학교 졸업‡	38.8%	중학교, 고등 학교 졸업‡	33.3%	중학교, 고등 학교 졸업‡	52.9%
	전문대 졸업이상	22.0%	대학교 입학이상	16.0%	전문대 졸업이상	14.3%	대학교 졸업이상	30.2%
건강 관련 용어	4.13(±1.10)점		8.53(±2.83)점 3.98점(환산점수)		4.72(±0.61)점		4.53(±0.90)점	
수리 및 이해	6.06(±1.25)점		8.96(±3.61)점 4.51점(환산점수)		5.80(±1.52)점		5.27(±1.95)점	
총 점	10.19(±2.12)점		17.49(±5.73)점 8.49점(환산점수)		10.52(±1.83)점		9.80(±2.55)점	

† 무학, 초등학교 졸업, ‡ 중학교 졸업, 고등학교 졸업

본 연구에서 S-KHLS로 조사한 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준은 총 12점 만점에 평균 10.19점으로 84.86%의 정답률을 나타냈다. 영역별로 살펴보면 ‘건강관련 용어영역’은 5점 만점에 4.13점(82.63%), ‘이해 및 수리영역’은 7점 만점에 6.06점(86.62%)이었다. 성인 고혈압 환자를 대상으로 한 권명순(2013)의 연구에서의 총점 평균이 10.52점(87.7%), ‘건강관련 용어영역’과 ‘이해 및 수리영역’이 각각 4.72점(94.4%), 5.80점(82.9%)인 결과와 비교하면 본 연구대상자의 기능적 헬스리터러시 총점과 용어용역의 점수는 낮았고 수리영역의 점수는 높았다. 2형 당뇨병으로 외래진료를 보는 만 20세 이상의 성인을 대상으로 한 원앙리(2013)의 연구와 비교하면 본 연구대상자의 ‘건강관련 용어 영역’의 점수가 낮고 ‘이해 및 수리 영역’의 점수가 높아 총점이 더 높았다. S-KHLS가 도출된 25문항의 KHLS를 사용한 이태화 등(2008)의 연구와 비교했을 때, 상기 연구에서는 총 25점 만점에 평균 17.49점으로 69.96%의 정답률을 보인데 비해 본 연구대상의 정답률은 84.86%로 더 높았다. 이태화 등(2008)의 연구에서는 초등학교 졸업자의 점수를 기준으로 17점 이하 이태화 등(2008)의 연구에서 17점 이하²⁾를 건강정보 이해 및 판단, 적용 능력이 낮은 집단으로 구분하였고 이에 따라 대상자의 42.8%가 낮은 헬스리터러시 수준으로 분류되었다. 초기도구의 25문항을 12문항으로 환산하여 8.16점을 기준으로 본 연구결과를 분석한 결과, 대상자의 83.8%가 초등학교 졸업자 수준에 해당하는 이태화 등(2008)의 결과에 비해 높은 비율을 나타냈다. 그 이유는 기존의

2) 이태화 등(2008)의 연구에서 17점 이하를 건강 정보를 이해하고 판단하며 적용하는 능력이 낮은 집단으로 구분한 이유는 현재 우리나라 사회의 의무 교육의 범위가 최소 중학교 이상으로 요구되며, 한국교육개발원(20001)의 문해에 대한 실태 조사 및 국제 문해 조사와 비교해볼 때 일반적으로 문해 상태에 대한 기준이 읽기, 쓰기, 셈하기가 가능한 초등학교 이상의 학력을 기본으로 하기 때문이다. 외국에서 개발된 REALM의 경우 7-8년의 교육수준을 건강 문해 기준으로 제시하였고, TOFHLA의 경우 직접적으로 학력 수준을 제시하지는 않지만 REALM과 비교된 연구에서 이와 같은 수준을 건강 문해의 기준으로 적용하고 있다.

연구대상자 평균 연령이 73세인데 비해 본 연구대상자의 평균연령은 41세로 낮고, 상대적으로 교육수준이 높은 것과 연관이 있을 것이라 생각한다. 또한 권명순 등(2013)의 연구에서도 87.6%가 초등학교 졸업자 수준에 해당하여 이태화 등(2008)의 연구보다 대상자의 평균연령이 낮아 더 높은 헬스리터러시 수준을 나타냈다고 분석하였다.

기능적 헬스리터러시 점수를 백분위로 환산하여 상관관계의 기준에 따라 임의적으로 수준을 구분한 결과를 권명순(2013)의 연구와 비교하면([표 7]), ‘상’에 해당하는 비율이 83.7%로 87.6%에 비해 약 4%정도 낮고, ‘중’과 ‘하’의 비율이 더 높게 나타나면서 고혈압 환자 성인집단과 비교했을 때 본 연구대상의 평균연령이 약 20세 가량 어리고 교육수준도 높음에도 불구하고 기능적 헬스리터러시 수준이 낮았다. 그러나 엄밀하게는 본 연구에서 사용한 S-KHLS는 점수의 평가기준이 아직 개발되지 않은 상태이므로 환산 점수나 구간 기준을 가지고 헬스리터러시의 수준을 높고 낮음으로 평가할 수는 없다(권명순 외, 2013). 또한 본 연구의 결과가 노인을 대상으로 한 선행연구 결과에 비해 높은 기능적 헬스리터러시 수준을 나타낸 것은 헬스리터러시에 주요한 영향을 미치는 연령, 교육수준 등에 있어 대상자 집단의 특성이 다르기 때문으로 판단된다. 선행연구들은 노인, 저소득을 대상으로 한 연구가 대부분이었으며, 대상자의 교육수준이 낮았기 때문에 기능적 헬스리터러시 점수가 낮게 나타났다고 할 수 있다.

[표 8] 백분율로 비교한 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준

분류		이진선(2014)		권명순(2013)	
		N	%	N	%
상(High level)	0-4.8점	159	83.7	276	87.6
중(Middle level)	4.81-8.40점	26	13.7	35	11.1
하(Low level)	8.41점 이상	5	2.6	4	1.3

기능적 헬스리터러시 측정도구의 문항별 정답률을 살펴보면 북한이탈주민은 ‘건강관련 용어 영역’에서 ‘술(95.26%)’, ‘고혈압(95.26%)’에 비해 ‘비만(86.84%)’, ‘질병(76.84%)’ 용어에 대한 이해가 상대적으로 낮았으며, 특히 ‘생활습관병(58.95%)’의 정답률이 다른 문항에 비해 매우 낮았다. ‘생활습관병’ 문항의 정답률이 가장 낮은 경향은 선행연구들에서도 관찰된다(이태화, 2008; 원앙리, 2013). 그러나 평균 70세 이상 노인을 대상으로 한 연구(이태화, 2008)의 결과(정답률 68.3%)에 비해서도 정답률이 10%가량 낮았다는 것은 북한이탈주민이 ‘생활습관병’이라는 용어에 대한 이해도가 떨어진다는 것을 보여준다고 할 수 있다. 북한이탈주민 패널조사에 따르면 북한이탈주민이 앓고 있는 질병은 관절염, 요통, 좌골통, 디스크(29.67%)와 같은 근골격계 질환이 가장 많고, 그 다음으로 위염, 위궤양, 십이지장궤양(27.6%)등 소화기계 질환이다. 또한 북한의 보건 의료체계가 제 기능을 못하는 상태에서 예방접종 관리 등이 부실하여 감염성 질환에 매우 취약한 것으로 조사된다(Kim, 2010). 2009년 국민건강영양조사결과 일반 국민의 유병률은 비만(31.9%), 고혈압(31.9%), 고콜레스테롤혈증(11.8%), 당뇨(10.0%)의 순서로 만성질환이 높은 비중을 차지하여 북한이탈주민과는 다른 양상을 보인다. 이러한 차이는 분단 이후 사회문화적, 경제적 환경의 차이에서 기인한 것으로 예상할 수 있다. 그러나 북한이탈주민이 남한에 정착한 기간이 길어지고 남한 사회에 적응하면서 변화된 생활 및 식습관으로 질병구조가 남한 주민과 유사해지고 결국에는 기존에 가지고 있는 질환뿐 아니라 추가적으로 각종 만성질환에 노출될 가능성이 있다. 다양한 이민자들이 유입해 있고 관련연구가 많이 진행된 미국에서는 이민자의 거주 기간이 길어질수록 건강증진행위가 감소하고 비만과 심혈관계질환 유병률이 증가한다는 연구결과가 여러 차례 발표되었다(Goel et al., 2004; Koochek et al., 2008; Steffen et al., 2006). 북한이탈주민처럼 영양이 결핍된 상태에 적응되어 있는 경우에는 남한 사람과 동일한 칼로리를 섭취하더라도 비만이 될

위험이 더 높으며(Walker et al., 2001), 비만은 고혈압이나 당뇨, 암과 같은 다른 만성병의 발생 증가로 이어진다(박상민, 2009). 또한 북한이탈주민은 흡연률과 음주율이 높고(Han, 2001; Kim, 2005), 북한의 열악한 환경에서 생활하다 탈출 후 입국 전까지 제3국에서 불법적으로 체류하면서 생존에 위협적인 체험을 하는 과정에서 개인의 건강을 생각하거나 관리할 여력이 없었으며(최명애 외, 2012), 질병 예방 혹은 건강 유지나 증진 차원에서 가장 적극적인 건강 행위가 운동이라는 인식이 미진한 것으로 보고되는 등(전정희, 2012) 만성질환에 대한 지식이나 관리의 개념에 대한 인식이 부족한 것으로 보인다.

‘식품영양성분표의 나트륨 확인(문항 12)’ 문항은 모든 문항 중에서 정답률이 가장 낮았다(52.11%). 이태화(2008)의 연구에서도 소금과 나트륨의 성분을 구분하는 문항의 정답률이 28.0%로 전 문항 중에서 가장 낮았는데, 이를 통해 노인들이 일상생활에서 저염식을 수행하기 위한 정보를 수집하는데 장애가 있다고 해석하였다. 북한이탈주민의 경우 식품의 영양성분표 자체가 이전에 접해보지 못한 익숙하지 않은 서식이기에 여기로부터 정보를 얻고 이해하는데 어려움을 겪을 수 있다. 또한 혈압이 높은 경우 나트륨이 높은 식품의 섭취를 피하는 것이 좋다는 것을 잘 인지하지 못하고 있는 것으로 보이며, 이는 생활습관병 용어의 이해를 묻는 문항의 정답률이 낮은 것과도 연관되어 만성질환과 관리의 지식이 부족하다고 이해할 수 있다.

‘수리 및 이해 영역’에서는 ‘1000ml를 200ml로 나누기(문항 1)’의 정답률은 90.00%, ‘진료안내문의 예약일 확인(문항 2)’의 정답률은 97.35%, ‘외래진료시간표 진료과 확인(문항3)’ 97.37%, ‘다빈도 질환 그래프의 이해(문항 5)’ 97.89%로 높게 나타났다. 반면 ‘8시간 간격의 복약 시간 계산(문항 4)’의 정답률(85.26%), ‘일반의약품의 복용량(문항 6)’의 정답률(86.84%)은 평균 정답률보다 낮았다. 선행 연구에서도 일반의약품의 복용량을 계산하는 문항의 정답률이 평균

보다 낮은 경향을 보였지만, 절대적인 수치는 본 연구대상이 더 높았다(이태화 외, 2008; 원양리, 2013). 북한의 무너진 보건의료체계로 인해 의약품 복용의 교육, 정확한 지식전달이 이루어지지 않는 상황은 북한이탈주민의 의약품 복용관련 문항의 정답률이 낮은 것을 설명하는 근거가 된다. 북한의 보건의료체계는 여러 차례 경제 위기를 겪으면서 실질적인 무상치료제가 무너졌고 병원에 찾아가도 제대로 된 치료나 의약품을 처방받을 수 없는 상황이다. 그러다보니 북한주민들은 질병에 걸리면 의료기관에 찾아가기 보다는 참고 견디거나 자가진단을 통해 약을 구입하여 복용한다. 그러나 북한에 유통되는 의약품이 부족하므로 중국 등지에서 불법적으로 들여오는 약품과 주사제를 장마당에서 구입하여 사용하는데, 이런 약들은 대부분 검증되지 않은 약물이어서 약물성분을 확인할 방법이 없다. 병원에서 약을 처방받아 장마당에서 약을 구입하는 경우에도 제대로 된 투약교육을 받지 못하는 경우가 많고, 약물오남용으로 인해 병을 악화시키거나 생명을 잃기도 하는 일이 종종 발생한다(신미녀, 2012). 이처럼 의약품 복용에 대한 잘못된 지식과 습관은 남한 정착이후에도 지속되어 약물의 오남용 문제로 발전될 가능성을 품고 있다.

다. 기능적 헬스리터러시의 관련 요인

연구대상자의 특성을 인구학적 특성, 이주관련 특성, 건강관련 특성으로 구분하여 각 특성이 기능적 헬스리터러시와 어느 정도 상관성이 있는지 그 관계를 분석하였다. 그 결과 성별, 연령, 북한에서의 교육수준, 현재 결혼상태, 강제 북송 경험, 주관적 건강상태에 따른 기능적 헬스리터러시 수준이 집단 간 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 이는 선행연구에서 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 배우자가 있는 경우에 헬스리터러시 수준이 높다는 결과와 일치했다(김성수 외, 2005; 김수현 외, 2008; 이태화 외, 2008; 이태화 외, 2012; 이선아 외, 2010; 박지연 외, 2011). 그러나 본 연구에서는 남성의 헬스리터러시 점수가 여성에 비해 높았으나 선행연구에서는 상반된 결과들이 혼재하며, 주관적 건강상태가 ‘좋다’고 인식하는 경우가 ‘나쁘다’고 인식하는 경우보다 기능적 헬스리터러시 수준이 높다는 연구결과와는 다르게(박지연 외, 2011; Baker et al., 1997) 본 연구에서는 ‘보통’이라고 응답한 집단의 기능적 헬스리터러시 수준이 가장 높았다. 이러한 선행연구와 불일치한 결과에 대해서는 앞으로 반복연구가 필요할 것이다. 이주관련 특성에서는 남한 정착기간과 제3국 체류기간에 따라 대상자의 기능적 헬스리터러시 수준에 차이가 관찰되지 않았고, 강제북송을 당한 경우 기능적 헬스리터러시 수준이 낮았다.

앞에서 제시한 변수들이 기능적 헬스리터러시에 미치는 영향을 알아보기 위해 모두 포함하여 다중회귀분석을 시행한 결과 연령, 북한에서의 교육수준, 남한 정착기간, 강제 북송 경험, 주관적 건강상태가 통계적으로 유의한 변수로 나타났고, 이는 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시의 39.78%를 설명했다. 연령이 1세 높아질수록 기능적 헬스리터러시 점수가 0.070점 낮아지고, 교육수준이 ‘인민학교 졸업이하’에서 ‘전문대 졸업이상’으로 높아질수록 기능적 헬스리터러시 수준이 높아졌다. 일반적으로 교육수준은 기능적 헬

스리터러시의 영향요인으로 알려져 있지만, 단순히 교육수준보다는 일반 문해력(basic literacy)이 더 강력한 영향요인이라는 주장도 있다(NAAL, 2003; White et al., 2008; 박지연, 2011). 본 연구에서는 북한이탈주민의 일반 문해력이 남한 국민과 비슷하다고 가정하여 별도로 측정하지 않았으나 기능적 헬스리터러시에 미치는 일반 문해력과 교육수준의 영향력을 비교하기 위해서는 추후 연구가 필요하다.

분산분석에서 남한 정착기간에 따라서 기능적 헬스리터러시 수준에 차이가 나타나지 않았으나, 북한이탈주민의 특성을 반영하는 주요 변수라고 판단하여 다중회귀분석에 포함한 결과 남한 정착기간이 3년 이하로 짧은 경우에 비해 5년을 초과한 경우의 기능적 헬스리터러시 수준이 유의하게 높았다. 이는 국내 이주민을 대상으로 한 선행연구에서 정착기간이 기능적 헬스리터러시의 관련요인으로 밝혀진 결과와 유사하다. KHLAT를 사용한 부산지역 결혼이주 여성의 헬스리터러시 연구에서는 한국 거주기간이 길어질수록 헬스리터러시의 평균 점수가 높아지고, 특히 거주기간이 1년 이내인 집단과 10년 이상인 집단 간에 평균이 유의미한 차이를 보였다(이수현 외, 2012). 이주노동자의 헬스리터러시를 Chew(2004)의 도구를 사용하여 측정한 이정미 외(2013)의 연구에서도 국내 거주기간이 길수록 헬스리터러시 수준이 높아지는 것으로 나타났다. 이와 같이 외국인인 이주민의 헬스리터러시 수준이 한국거주기간이 길어짐에 따라 높아지는 이유는 거주기간이 길어질수록 의료서비스 이용에 대한 정보를 접할 기회가 많아지고(Yang, 2010), 의료 환경에서 사용하는 관련 용어를 배울 수 있는 기회가 많아지기 때문이라고 설명한다(Lee et al., 2012). 그러나 이정미(2013)의 연구에서 일반적인 특성을 통제한 상태에서 한국어 리터러시(Korean literacy)능력이 기능적 헬스리터러시 수준에 영향을 미치는 요인으로 나타난 것으로 보아, 국내 이주민의 헬스리터러시 수준이 정착기간에 따라 높아지는 것은 일반 리터러시 능력의 향상에 따른 결과라고 생각할

수 있다. 그러나 북한이탈주민은 다른 이주민과 달리 남한 주민과 동일한 언어를 사용하는 독특한 특성 때문에 정착기간이 3년 이하로 짧은 것에 비해 5년을 초과한 장기간에서 기능적 헬스리터러시 수준이 높은 것은 정착기간이 길어지면서 일반 리터러시뿐 아니라 사회문화적 리터러시가 높아진 것을 반영한다고 해석할 수 있다.

다른 영향요인들을 보정하고도 강제 북송 경험이 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 수준에 유의한 영향을 미쳤고, 강제북송을 당한 집단의 기능적 헬스리터러시 점수가 유의하게 낮은 것이 밝혀졌다. 북한을 탈출해 제 3국, 특히 중국에 체류하는 탈북자는 적절한 난민의 지위를 얻지 못하여 ‘경제적 이주민’ 내지 ‘불법 이민자’로 간주되기 때문에 중국 당국에 체포시 강제로 북한에 송환되고, 북한에서 겪는 교화소, 노동단련대 생활 중 구타로 인한 신체적 외상은 장기간 건강 후유증으로 남기도 하며(전정희, 2012), 이러한 경험은 심리적 문제로 지속되기도 한다. 북한이탈주민의 외상적 경험과 PTSD와의 관계를 연구한 전우택 등(2005)의 연구에서는 남한에 정착한 북한이탈주민의 29.5%이 PTSD로 진단되었고 북한에서와 탈북하는 과정에서 겪은 외상적 경험이 PTSD 진단과 관련이 있다고 하였다. 외국의 연구에서는 외상 후 스트레스 장애가 있는 사람의 인지기능과 건강수준이 나쁘다는 결과가 발표되었다(McNally, 2006; Green et al., 2004). 이와 같이 북한이탈주민들이 겪은 심리적 외상이 북한이탈주민의 인지기능에 영향을 미쳐 헬스리터러시 수준을 낮추는 원인이 되었을 가능성을 조심스럽게 생각해볼 수 있다.

결론적으로 북한이탈주민 중에서 여성, 50대 이상의 고령, 배우자 없이 혼자 살며 교육수준이 낮은 경우에 헬스리터러시 수준이 취약한 위험 집단이 될 가능성이 높았다. 또한 정착기간이 오래된 집단에 비해 초기에 정착한 경우, 탈북 과정에서 강제북송 등의 강한 심리적 외상을 경험한 경우 취약집단이 될 가능성이 높았다.

라. 북한이탈주민의 헬스리터러시에 대한 논의

지금까지는 기능적 헬스리터러시를 바탕으로 북한이탈주민의 헬스리터러시의 수준과 취약부분을 파악하고자 하였으나 기능적 헬스리터러시뿐 아니라 확장된 개념의 헬스리터러시를 북한이탈주민에 적용하려는 접근도 필요하다. Zarcadoolas 등(2006)은 헬스리터러시를 네 가지 분야 문해의 총합으로 이해한다. 헬스리터러시의 핵심인 기초적인 리터러시(fundamental), 과학과 기술을 사용하고 이해하는 능력인 과학적 리터러시(science literacy)와 시민과 사회의 의사소통 채널을 통해 건강 관련 이슈를 아는 능력과 의사 결정 과정에 이를 고려하는 능력인 시민적 리터러시(civil literacy), 그리고 문화적 리터러시(cultural literacy)가 헬스리터러시에 포함되어야 한다고 하였다. 문화적 리터러시는 사회의 믿음, 관습, 정보를 해석하고 그에 따라 행동하는 다양한 개인의 사회적 정체성을 인식하고 이해하며 사용하는 능력을 말한다. 연구자들이 헬스리터러시에서 문화적 리터러시를 강조한 것은 건강정보는 문화적으로 적합할 때 이해가능하고 효율적일 수 있기 때문이다. 건강정보를 구성하고 제공하는 공급자는 수요자의 문화적 양상을 이해해야 하고, 수요자도 공급자의 전문적, 과학적 문화의 양상을 이해할 수 있어야 하며, 헬스리터러시의 정의에 문화적 리터러시를 통합하면 건강과 관련된 의사소통과 교육의 향상을 위한 지침을 만들 수 있다고 주장하였다. 이처럼 북한이탈주민의 헬스리터러시를 파악하고 측정하고자 할 때에 이들의 문화와 사회적 배경을 이해하고 이를 반영한 문항 개발에 관심을 기울여야 할 것이다. 특히 북한이탈주민들이 독특하게 가지고 있는 건강 신념, 건강 습관이 형성된 배경을 이해하려는 노력이 필요하며, 이념과 사회체계의 차이 또한 고려되어야 할 것이다. 그리고 문화적 리터러시를 바탕으로 한 보건교육과 자료제작이 이루어져야 하고, 북한이탈주민이 스스로 헬스리터러시 수준을 높이기 위해 노력해야 할 뿐 아니라 보건의료제공자들의 협력과 이해가 필요하다.

과거에 헬스리터러시에 대한 측정은 주로 문서화된 도구를 사용하여 측정하는 것에 집중되었다. 그러나 실제 현장에서는 문서화된 내용뿐 아니라 말을 사용한 리터러시도 중요하다. IOM에서는 헬스리터러시를 건강관련 프린트 리터러시(health-related print literacy)와 건강관련 오랄 리터러시(health-related oral literacy)의 영역으로 구분하였다. 두 리터러시의 관계는 아직까지 밝혀진 점이 별로 없지만, 제한된 프린트 리터러시를 가진 사람이 오랄 리터러시도 제한적이라고 알려져 있다. 오랄 리터러시의 중요성은 의료진과의 의사소통에서 강조될 수 있다. 이춘옥(2009)등은 중국 내 조선족 노인의 의료정보 이해능력 정도를 측정하기 위하여 ‘의사와의 의사소통 가능 여부’, ‘의사 지시에 따른 약의 복용여부’, ‘응급 시 구급차 호출여부’, ‘약의 사용 설명서 및 보건교육 자료를 읽을 수 있는지’등을 조사한 결과 의사와의 의사소통이 가능하다고 대답한 경우가 53.6%로 가장 낮게 나타났다. 북한이탈주민을 대상으로 남한에서 병원이용 시 어려움 정도에 대해 2007년 조사한 결과 의사나 간호사와 의사소통에서 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 특히 병원 진료를 받는 북한이탈주민 중 1/5은 의학용어와 남한에서 습관적으로 쓰이는 단어에 대해 익숙하지 않은 경우 의사의 문진 시 의사의 질문에 대답하지 못하거나 의사 및 간호사의 설명을 들을 때 이해하지 못한다고 하였다(신미녀, 2012). 북한이탈주민은 남한주민과 같은 언어를 기본적으로 사용하고 있음에도 불구하고, 같은 단어를 쓰더라도 용례에서 차이가 있거나, 한국에서는 일상적으로 사용되는 수많은 외래어에 익숙하지 않은 점과 같은 어려움이 있다(조영아 외, 2009). 외국어가 기본으로 되어있는 의학용어는 남한 사람들조차 어렵게 느껴지는 전문용어가 대부분이므로 북한이탈주민에게는 더 어렵게 느껴질 것이며, 북한에서 사용하는 병명, 의학장비의 명칭 등 일반적인 의학용어조차 상이하고(신미녀, 2012) 증상을 호소하는 표현이 다른 의미로 사용되는 등 오해를 유발하기도 한다(안은미, 2007). 이처럼 문화적 배경이 다른 북한이탈주민과의 건강

의사소통을 원활하게 할 수 있도록 언어적 헬스리터러시 또한 중요하게 고려되어야 할 것이다.

헬스리터러시 능력이 현대 사회에서 적절히 기능하기 위해 필요한 실천적 기술이라는 인식에 보건의료계의 관심이 모아지고 있으나 아직 이에 대한 다학제적 접근에 대한 논의는 부족한 상황이다. 지금까지 몇 편의 선행 연구에서는 연구자마다 개별적인 연구가 수행되었으나, 헬스리터러시 능력에 대한 합의된 개념과 무엇을 측정할 것인지, 일반 국민과 사회문화적 배경이 다른 이주민들은 어떻게 측정할 것인가에 대한 충분한 논의가 이루어지지 않고 있다. 따라서 헬스리터러시에 관심을 갖고 있는 학자들 간의 공동 연구가 필요하며, 이주민의 헬스리터러시의 개념에 어떤 영역들을 포함할 것인지, 어떤 문항으로 측정할 것인지 특수한 대상자에 초점을 맞춘 연구와 도구개발이 필요하다고 생각된다.

제 2 절 연구의 한계 및 의의

본 연구는 다음과 같은 한계를 내포하고 있다.

첫째, 연구대상자를 선정하는 과정에서 자료수집방법의 한계로 확률표집방법을 사용하지 못하였다. 우선 북한이탈주민에 대한 접근성이 낮기 때문에 확률표집이 불가능하였고, 다수의 자료를 확보하기에도 어려움이 따랐다. 따라서 북한이탈주민이 많이 거주하고 연구자가 접근하기 용이한 서울과 경기도를 대상으로 설문을 실시하였다. 그 결과 연구대상 중 65세 이상 노인의 표본이 적어 선행연구와 결과를 비교하는데 어려움이 있었고, 남한 정착기간 역시 주요하게 관찰해야 하는 변수임에도 불구하고 초기 정착기인 1년 미만, 1~2년 이하에 해당하는 표본이 부재한 대상으로 선정되는 한계가 있었다. 결과적으로 본 연구는 서울과 경기도에 거주하는 북한이탈주민 중 접근이 가능한 사람만을 대상으로 비확률표집을 실시하였기에 연구결과를 북한이탈주민 전체의 결과로 일반화하는데 한계가 있다.

둘째, 북한이탈주민의 신변 보호 관계로 민감할 수 있는 정보의 접근에 제한이 있었고, 본래 설문조사가 북한이탈주민의 기능적 웰스리터러시의 요인을 파악하는 목적으로 문항이 구성되지 않았기 때문에 본 연구에 적용하는 과정에서 필요한 변수가 모두 조사되지 않은 한계가 있었다. 기능적 웰스리터러시에 영향을 미치는 다른 인구학적 요인, 사회경제적 요인들과 더 나아가 구조적, 문화적 측면까지 본 연구에서 고려하지 못했다는 점 또한 제한적인 연구결과와 원인일 수 있다. 또한 북한이탈주민의 기능적 웰스리터러시 수준을 해석하기 위해 일반 국민을 대상으로 진행된 기존의 연구결과와 비교하였으나 연구의 설계 시 성별, 연령, 교육수준 등이 유사한 일반 국민을 함께 표집하여 조사하였다면 비교가 보다 용이했을 것이라는 아쉬움이 남는다.

셋째, 본 연구는 서술적 단면 연구로 설계되었기 때문에 시간적 관계를 고려한 영향을 보는 것과 변수들 간의 인과성을 파악하는데 한계가 있다. 그러므로 분석과정에서 다른 관련요인들을 통제된 상태에서 다중회귀분석을 통해 인과성을 확인하고자 하였다. 또한 북한이탈주민의 기능적 웰스리터러시 수준이 남한 정착기간에 따라 변화할 수 있다는 점을 고려한다면 추후 시계열적 접근이 필요하다고 볼 수 있다.

넷째, 측정도구가 북한이탈주민의 기능적 웰스리터러시를 정확하게 반영하지 못하는 한계가 있다. 본 연구의 도구는 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 개발되었기 때문에 북한이탈주민이라는 대상자의 특수한 사회문화적 배경을 반영하지 못한다는 점, 도구의 본래 개발목적대로 기능적 웰스리터러시 수준이 낮은 집단을 빠르게 선별하는 용도에는 적합할 수 있으나, 기능적 웰스리터러시 수준이 낮은 집단에서 원인을 규명하고 구체적인 기전을 밝히기에는 부족하다는 점이 한계로 남는다. 또한 기능적인 측면인 건강과 관련된 어휘력, 독해력 및 계산능력 의 측정만으로 북한이탈주민의 포괄적인 의미에서의 웰스리터러시 수준을 대변하기는 부족하였다.

다섯째, 본 연구는 양적 분석방법을 사용하여 북한이탈주민의 기능적 웰스리터러시 수준을 제시하고 관련된 요인을 파악하고자 하였지만 심층적인 분석과 해석이 부족하였다. 북한이탈주민은 일반 국민과는 다른 사회문화적 배경을 지니며 이주로 인해 환경의 변화를 경험했기 때문에 웰스리터러시 수준의 현황과 원인의 분석에 이러한 배경을 고려할 필요가 있다. 후속 연구에서는 질적 연구방법과 양적 연구방법을 혼합하여 북한이탈주민의 낮은 웰스리터러시 수준에 대한 보다 깊이 있는 연구를 통해 양적 연구의 한계를 보완해야 할 것이다.

이와 같은 한계가 존재함에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 의의를 지닌다.

첫째, 기존의 연구들에서 북한이탈주민들의 의료이용과 건강실천행위, 건강정보를 이해하는 능력 등이 부족하다고 제기되어 온 문제들을 헬스리터러시의 관점에서 조명하고자 최초로 시도하였다. 선행연구에서 제기된 문제가 존재하는지 제한적인 방법이지만 확인할 수 있었고, 북한이탈주민의 낮은 헬스리터러시 수준과 관련된 요인들을 밝혀 일반 국민들, 그리고 국내 거주 이주민과 유사한 관련요인인지 비교할 수 있었다.

둘째, 기존의 국내 헬스리터러시 연구는 교육 수준이 낮은 노인 집단이나 만성질환이 있는 환자 집단을 대상으로 진행되었으나, 본 연구에서는 일반 성인 북한이탈주민을 대상으로 하였고 기능적 헬스리터러시 수준에 인구학적 요인뿐 아니라 이주과정에서 겪는 경험이 어떤 관계가 있는지 알아보고자 하였다. 국내 이주민의 헬스리터러시 연구에서는 정착기간의 영향을 보는데 일반적 리터러시 수준이 결과를 교란시킬 소지가 있으나 본 연구에서는 일반 리터러시가 정착기간과 기능적 헬스리터러시의 관계에 영향을 적게 미쳤을 것이다.

셋째, 본 연구를 통해 남한에 입국하여 쇠약해진 신체적·정신적 건강을 회복하고 성공적인 정착을 꾀하는 북한이탈주민을 위한 효과적인 지원정책을 마련하는데 기초자료를 제공할 수 있다. 이들이 취약한 건강문제나 남한의 의료체계 적응과 올바른 의약품 복용에 어려움을 겪고 있다는 현황이나 실태보고를 넘어서 보다 구체적인 대응방안을 모색하는데 이 연구가 기여할 수 있다.

마지막으로, 북한이탈주민에 대한 연구는 통일 이후 사회통합 과정에서 발생할 수 있는 문제에 대비하는 일종의 예행연습의 의미가 있다. 본 연구에서 수집된 대상자들이 북한이탈주민과 북한주민

전체를 대표할 수는 없지만 이 경험은 통일 이후 겪게 될 갈등을 예측하고 해결방안을 준비하는데 토대가 될 수 있다.

제 6 장 결론 및 제언

본 연구는 기능적 헬스리터러시의 관점에서 북한이탈주민이란 특수한 대상자의 수준을 파악하고 이에 관련된 요인들을 파악하고자 한 탐색적 연구로 진행되었다. 본 연구의 대상자는 서울·경기 지역에 거주하는 만 19세 이상의 북한이탈주민 190명으로, 2012년 10월부터 11월까지 비확률표집 방법으로 편의 추출하였다. 설문조사를 통해 수집된 자료는 STATA 12.0 통계프로그램을 활용해 대상자의 일반적인 특성을 기술통계로 분석하였고, 인구학적 특성, 이주 관련 특성, 그리고 건강관련 특성별 기능적 헬스리터러시 수준의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였으며, 사후검정은 Scheffe test로 하였다. 마지막으로 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 시행하였다.

대상자의 기능적 헬스리터러시 총점은 12점 만점에 10.19점으로 정답률은 약 84.9%였다. 기능적 헬스리터러시 점수를 백분율로 환산하여 분류했을 때 상(High level)에 해당하는 비율이 남한 성인에 비해 낮았다. 기존의 연구와 비교한 결과, 연령과 교육수준을 고려했을 때 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시는 남한의 노인보다는 높은 수준이지만 성인보다는 낮은 수준이라고 해석할 수 있다. 영역별로는 이해 및 수리 영역보다 건강관련 용어 영역의 수준이 낮은 경향을 보였다. 문항별 분석에서 만성질환에 대한 이해와 식이 및 관리 방법, 의약품 구입 및 복용 방법, 남한의 보건의료체계와 의료서비스 이용 등에 대한 충분한 이해가 부족했다.

북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시는 성별, 연령, 북한에서의 교육수준, 현재 결혼상태, 강제 북송 경험, 주관적 건강상태에 따라 유의한 차이를 보였고, 남한 정착기간, 제3국 체류기간에 따른 차이는 없었다. 다중회귀분석 결과 다른 요인을 통제한 상태에서 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인은 인구

학적 요인에서 연령, 북한에서의 교육수준, 이주관련 요인에서 남한 정착기간, 강제 북송 경험, 건강관련 요인에서 주관적 건강상태로 나타났다. 결론적으로, 50대 이상의 고연령, 교육수준이 낮고, 배우자가 없으며, 남한에 정착한 기간이 짧은 경우, 강제 북송을 당한 경우, 주관적으로 인지하는 건강상태가 나쁜 경우에 기능적 웰스리터러시 수준이 낮았다.

본 결과를 바탕으로 북한이탈주민의 웰스리터러시를 측정할 때 고려해야 할 영역과 웰스리터러시가 취약한 집단을 선별하는 근거 자료로 활용할 수 있을 것이다. 그리고 이들의 웰스리터러시를 높이기 위한 교육의 내용과 수준을 고려하는 자료로 사용될 수 있도록 논의가 필요할 것이다. 효과적인 교육을 위해 북한이탈주민이 남한에 정착한 초기의 하나원에서부터 지역사회에 정착한 이후의 중장기로 이어지는 지원전략이 수립되기를 기대한다. 하나원에서 파악된 웰스리터러시의 취약집단이 지역사회에 분포한 적응센터를 통해 필요한 교육을 수강하고 교육내용을 적절히 활용할 수 있도록 추적 관찰이 필요하며, 이를 위한 관련 콘텐츠를 개발하고 교육자를 양성해야 할 것이다.

후속연구에서는 남한에 정착한 북한이탈주민의 대표성을 확보한 표본을 대상으로 인구사회학적 특성에 따른 웰스리터러시 수준을 밝히는 것에서 더 나아가 낮은 웰스리터러시를 초래하는 보다 근본적인 원인을 규명할 것을 제언한다. 본 연구에서 제시한 관련 요인 외에 사회적, 경제적, 문화적, 구조적 요인을 고려해야 하며, 이들이 일반 국민에 미치는 영향과 비교할 수 있어야 한다. 본 연구에서 기능적 웰스리터러시의 관련요인으로 밝혀졌으나 그 경로를 명확하게 알 수 없는 강제 북송 경험 등의 영향을 확인하기 위해 PTSD 진단검사와 인지능력측정 등을 추가한 연구도 필요할 것이다. 또한 북한이탈주민의 기능적 웰스리터러시와 이들의 건강정보 출처, 정보탐색 능력, 사회적 지지체계 등이 어떤 관계가 있고, 낮은 기능적 웰스리터러시 수준이 의료이용이나 신체 건강상태 회복의

장벽으로 작용하는 지 등 후속연구가 지속되어 북한이탈주민의 건강한 남한사회 적응을 돕고, 스스로의 건강수준을 향상시키기 위한 역량강화의 관점에서 헬스리터러시의 역할이 조명되기를 기대한다.

북한이탈주민의 헬스리터러시 연구를 지속하기 위해서는 이들의 수준을 정확히 반영할 수 있는 관련 문항의 개발이 필요하다. 체계적인 조사를 통해 북한이탈주민의 의료체계 적응 및 의료기관 이용에서 겪는 어려움, 질병행동과 치료추구행위의 차이, 의료진과의 의사소통에서 언어적 문제, 정보출처와 사회적 지지체계 등을 명확하게 파악해야 하며, 기능적 헬스리터러시뿐 아니라 효과적인 의사소통과 의사결정 능력, 정보와 기술을 활용하는 능력, 인지능력, 네트워킹과 사회적 기술 등 다양한 영역에서 헬스리터러시를 측정할 수 있도록 도구 개발을 위한 지속적인 연구가 필요할 것이다.

참 고 문 헌

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. JAMA. 281(6):552-7.

American Psychiatric Association. (2013). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. bookpointUS.

Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. Journal of general internal medicine, 21(8), 878-883.

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55(6), S368-S374.

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. American journal of public health, 92(8), 1278-1283.

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Clark, W. S., & Nurss, J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. American journal of public health, 87(6), 1027-1030.

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Clark, W. S., & Nurss,

J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American journal of public health*, 87(6), 1027-1030.

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Pitkin, K., Parikh, N. S., Coates, W., & Imara, M. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*, 5(6), 329.

Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*, 38(1), 33-42.

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of general internal medicine*, 23(6), 723-726.

Bennett, C. L., Ferreira, M. R., Davis, T. C., Kaplan, J., Weinberger, M., Kuzel, T., Sartor, O. (1998). Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(9), 3101-3104.

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it? *Journal of Health Communication*, 15(S2), 9-19.

Canadian Council on Learning. (2007). *Health Literacy in Canada: Initial result from the International Adult Literacy and Skills Survey*, Ottawa.

Chang, B. L., Bakken, S., Brown, S. S., Houston, T. K., Kreps, G. L.,

Kukafka, R., Stavri, P. Z. (2004). Bridging the digital divide: reaching vulnerable populations. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(6), 448-457.

Chew, L. D., Bradley, K. A., & Boyko, E. J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *health*, 11, 12.

Ciampa, P. J., White, R. O., Perrin, E. M., Yin, H. S., Sanders, L. M., Gayle, E. A., & Rothman, R. L. (2013). The association of acculturation and health literacy, numeracy and health-related skills in Spanish-speaking caregivers of young children. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(3), 492-498.

Danckwerts, A., & Leathem, J. (2003). Questioning the link between PTSD and cognitive dysfunction. *Neuropsychology Review*, 13(4), 221-235.

Davis, T. C., Crouch, M., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B., & Bairnsfather, L. E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family medicine*, 23(6), 433-435.

Freeman, H. P. (2004). Poverty, culture, and social injustice: determinants of cancer disparities. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 54(2), 72-77.

Friedman, S. M., Munoz, B., Rubin, G. S., West, S. K., Bandeen-Roche, K., & Fried, L. P. (1999). Characteristics of discrepancies between self-reported visual function and measured

reading speed. Salisbury Eye Evaluation Project Team. *Investigative ophthalmology & visual science*, 40(5), 858-864.

Frisch, A.-L., Camerini, L., Diviani, N., & Schulz, P. J. (2012). Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health promotion international*, 27(1), 117-126.

Gazmararia, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*, 281, 545-551.

Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient education and counseling*, 51(3), 267-275.

Green, B. L., & Kimerling, R. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health status.

IOM(2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press.

Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M., Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23, 269-274.

Jeon, W. T., Hong, C. H., Lee, C. H., Kim, D. K., Han, M. Y., & Min, S. K. (2005). Correlation Between Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder Among North Korean Defectors in South Korea. *Journal of Traumatic Stress*. 18(2), 147-154.

Kirsch, I. S. (1993). *Adult Literacy in America: A First Look at the Results of the National Adult Literacy Survey*. US Government Printing Office, Superintendent of Documents, Washington, DC 20402 (Stock No. 065-000-00588-3).

Kreps, G. (1995). Communicating to promote justice in the modern health care system. *Journal of Health Communication*, 1(1), 99-109.

Kreps, G. L. (2005). Disseminating relevant health information to underserved audiences: implications of the Digital Divide Pilot Projects. *Journal of the Medical Library Association*, 93(4 Suppl), S68.

Kreps, G. L., & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient education and counseling*, 71(3), 328-332.

Lee, T. W., & Kang, S. J. (2013). Development of the short form of the Korean health literacy scale for the elderly. *Research in nursing & health*, 36(5), 524-534.

Lee, T. W., Kang, S. J., Lee, H. J., & Hyun, S. I. (2009). Testing health literacy skills in older Korean adults. *Patient education and counseling*, 75(3), 302-307.

Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & health sciences*, 11(1), 77-89.

Martin, L. T., Ruder, T., Escarce, J. J., Ghosh-Dastidar, B., Sherman, D., Elliott, M., ... & Lurie, N. (2009). Developing predictive models of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 24(11), 1211-1216.

McNally, R. J. (2006). Cognitive abnormalities in post-traumatic stress disorder. *Trends in cognitive sciences*, 10(6), 271-277.

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 183-184.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.

Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health* 54, 303-305

Park, K. H., Cho, Y. T., Yoon, I. J. (2009). Social inclusion and length of stay as determinants of health among North Korean refugees in South Korea. *International Journal of Public Health*, 54, 175-182.

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of general*

internal medicine, 10(10), 537-541.

Ratzan, S., Parker, R. (2000). Introduction. National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*, 40(5), 395-404.

Simonds, S. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2, 1-10.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.

Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., . . . Ayonayon, H. N. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776.

Walker, S. P., Gaskin, P., Powell, C. A., Bennett, F. I., Forrester, T. E., & Grantham-McGregor, S. (2001). The effects of birth weight and postnatal linear growth retardation on blood pressure at age 11 - 12 years. *Journal of epidemiology and community health*, 55(6), 394-398.

Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Casto, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. *Ann Fam Med*, 3, 514-522

White, S. (2008). Assessing the National's Health Literacy. American Medical Association Foundation.

Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946-1952.

World Health Organization. (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.

World Health Organization. (2009). Promoting Health and Development Closing the Implementation Gap. Paper presented at the The 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, Kenya.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. F., & Greer, D. S. (2006). *Advancing Health Literacy: a framework for understanding and action*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

강영실, 하영미, & 은영. (2012). 북한이탈주민의 주관적 건강인식과 건강증진생활양식. 지역사회간호학회지, 23(3), 231-243.

고영복. (2000). 사회학사전. 사회문화연구소

권명순, 노기영, & 장지혜. (2013). 고혈압 환자의 건강 문해력과 질환관련 지식 및 치료지시 이행에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 27(1), 190-202.

권순만. (1999). 정보의 실패와 보건의료정책. 보건학논집, 36(1), 31-40.

김병창, 유시은. (2010). 북한이탈주민 패널 연구: 경제·정신보건·신체건강. 연구총서 2010-05. 북한이탈주민지원재단.

김성수, 김상현, & 이상엽. 한국형 측정도구 개발을 위한 예비연구. 보건교육 건강증진·학회지, 22(4), 215-227.

김수현. (2010). 노인의 자가 보고에 따른 의료정보 이해 및 활용수준. 한국노년학, 30(4), 1281-1292.

김수현, & 이은주. (2008). 노인의 기능적 의료정보 이해능력이 지각된 건강상태에 미치는 영향. 대한간호학회지, 38(2), 195-203.

김연희. (2005). 북한이탈주민 정신보건에 관한 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

김혜민. (2013). 헬스리터러시의 수준과 영향요인에 대한 고찰. (국내석사학위논문), 서울대학교 보건대학원, 서울.

박상민. (2009). 의료-사회적 취약대상자를 위한 일차의료. 가정의학회지, 30, 91-97.

박지연, & 전경자. (2011). 농촌 지역 노인의 기능적 의료정보 이해능력 실태와 영향요인. 지역사회간호학회지, 22(1), 75-85.

북한이탈주민지원재단. (2012). 2012 북한이탈주민 실태조사 (Vol. 실태조사 2012-01).

신미녀. (2012). 북한이탈주민을 위한 의료지원 연구. (국내박사학위논문), 동국대학교, 서울.

안은미, 송종임, 강현석, 박정준, 유상호, & 허봉렬. (2007). 북한이탈주민의 증상표현과 질병행태: 효과적인 치료적 관계를 형성하기 위하여. 가정의학회지, 28, 352-358.

원앙리. (2013). 헬스 리터러시의 관련 요인 및 건강관리에 미치는 영향 탐색. (국내석사학위논문), 서울대학교 보건대학원, 서울.

윤인진, & 김숙희. (2005). 국내 탈북자의 건강 및 의료. 보건과 사회과학(제 17집), 149~182.

이만희, 장명림, 김창환, 류명혜, 이영미, & 한국교육개발원. (2004). 한국의 교육.인적자원지표. 서울: 한국교육개발원.

이선아. (201). 농촌노인의 의료정보문해력과 약물지식 및 약물 오남용 행위. 계명대학교 일반대학원 석사학위논문.

이수현, 장기환, 한홍식, 박병규, & 김성수. (2012). 부산지역 여성결혼

이민자의 건강정보이해능력 (Health Literacy) 과 건강태도. 여성학연구, 22(1), 165-200.

이정미, & 이은주. (2013). 이주노동자의 의료정보문해력에 영향을 미치는 요인. 기본간호학회지, 20(3), 269-277.

이춘옥, 이옥철, 신기수, & 이현문. (2009). 중국 연변지역 조선족 노인들의 의료정보 이해능력과 건강상태. J Korean Acad Nurs, 39(3), 386-392.

이태화. (2012). 서울 지역 일부 중년 성인의 건강정보이해능력 (Health literacy) 실태와 관련 요인에 대한 연구. 보건교육·건강증진학회지.

이태화, & 강수진. (2008). 연구논문: 한국 노인의 건강 문해 (Health Literacy) 실태와 영향 요인-인구사회학적 특성을 중심으로. 한국노년학, 28(4), 847-863.

이희수, 박현정, & 이세정. (2003). 한국 성인의 문해실태와 OECD 국제 비교 연구. [A Study on the Adult Literacy in Korea and International Comparative Survey among OECD Countries]. 比較教育研究, 13(2), 193-219.

전우택. (1997). 난민들 정신건강과 생활적응에 대한 고찰 및 한반도통일 과정에서 전망과 대책. 신경정신의학, 36(1), 3-18.

전정희, & 박영숙. (2012). 하나원 입소 북한 이탈주민의 개인적 특성과 건강 신념이 건강 행위에 미치는 영향. 지역사회간호학회지, 23(1), 82-90.

정의철, 권예지, & 이선영. (2012). 이주민과 헬스커뮤니케이션에 대한 탐색적 연구. 한국방송학보, 26(4), 344-385.

조영아, 김연희, & 유시은. (2009). 남한 내 7 년 이상 거주한 북한이탈주민의 정신건강 예측요인. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 21(1), 329-348.

조용완. (2006). 북한이탈주민의 정보요구와 정보행태에 관한 연구. 한국 문헌정보학회지, 40(3), 121-149.

최명애, 이명선, 최정안, & 신기수. (2012). 북한이탈주민의 건강지식, 건강증진행위 및 건강증진행위에 영향을 주는 요인. 대한간호학회지, vol.42(No.5), 622-631.

최명애, 이명선, 최정안, & 신기수. (2012). 북한이탈주민의 건강지식, 건강증진행위 및 건강증진행위에 영향을 주는 요인. J Korean Acad Nurs, 42(5), 622-631.

하지현. (2012). 북한이탈주민의 정서적 소통 방법의 이해. 통일인문학논총, 53, 303-329.

부록 (설문지)

남·북한에서의 의료이용 경험, 건강수준 및 건강문해도 실태조사

안녕하십니까?

본 연구는 ‘북한이탈주민의 남·북한에서의 의료이용 경험, 건강수준 및 건강문해도’에 대한 것입니다. 바쁘시더라도 시간을 내어 다음의 질문에 응답하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

귀하의 응답내용은 순수한 연구목적 이외에는 절대 사용되지 않을 것이며, 비밀이 보장됨을 약속드립니다. 또한 이 연구에 참여하기를 원하지 않으시면 언제든지 중단하실 수 있으며, 차후 어떠한 불이익도 없으실 것을 약속드립니다. 솔직히 빠짐없이 대답해 주시기를 간곡히 부탁드립니다.

이 설문조사에 응해 주실 것을 동의하십니까?

응답자 성명 : _____ (서명)

연구자 : 이진선

면접 후 기록 (전문상담사가 기록)

접 촉 일 시	① 조사완료 ② 응답거부		
	조사 사유	① 몸이 너무 아프다고 거부 ② 불편하고 시간이 오래 걸린다고 생각 ③ 사생활 침해라고 생각 ④ 말/글을 이해할 수 없어서 거부 ⑤ 기타 (_____)	
응답 시간	_____ 시간 _____ 분 동안	조사장소	
상담사 성명	(인)		

I. 다음은 남한에서 본인의 건강수준에 관한 질문입니다.

문1. 다음은 본인이 생각하는 전반적인 건강상태에 대한 질문입니다.

	매우 좋음	좋음	보통	나쁨	매우 나쁨
귀하의 현재 전반적인 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

문2. 다음 시기 별 귀하의 키(신장cm)와 몸무게(체중kg)은 어떻습니까?

	키(cm)	몸무게(kg)
오늘 현재	_____cm	_____kg
남한 입국 당시 _____년____월	_____cm	_____kg
탈북 직전 _____년____월	_____cm	_____kg

II. 다음은 건강문해도에 관한 문항입니다.

※ 다음 내용을 읽고 밑줄 친 곳에 들어갈 적절한 말을 찾아 표시해주시시오.

(예문) 노약자, 임산부, 고열환자 및 중증 _____ 환자는 사우나 이용에 주의가 필요합니다. ① 심전도 ② 심장병 (정답: ②)

문1. _____ 을 마신 지 2시간 이내인 자는 사우나 이용에 주의가 필요합니다.

- ① 술 ② 암

문2. 다음은 과체중에 대한 설명입니다.

문2-1. 과체중은 _____ 이라고도 하며, ① 빈혈 ② 비만

문2-2. 이것은 많은 _____ 의 원인이 됩니다. ① 질병 ② 독감

문2-3. 비만한 경우 혈압이 올라가는 _____ 과 ① 저혈압 ② 고혈압

문2-4. 인슐린 분비에 장애가 있는 당뇨병과 같은 _____ 에 걸릴 수 있습니다.

- ① 알코올 중독 ② 생활습관병

문3. 1,000ml의 물을 일반 물컵(용량: 200ml)을 사용할 경우, 하루에 몇 잔을 마셔야 합니까?

- ① 2잔 ② 5잔 ③ 7잔 ④ 10잔

※ 다음은 귀하의 병원 이용에 대한 설명입니다. 아래의 <진료안내문>을 읽고 해당 질문에 적합한 답을 직접 기록해 주시기 바랍니다.

진료안내문		심장혈관병원			
등록번호: 1234567	주치의: 허준				
성명: 홍길동	일자: 2007-09-08				
진료 예약일 2007년 10월 8일 오전 10시 30분					
다음 방문시 가셔야 할 곳	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">2층 심전도 검사실(√)</td> </tr> <tr> <td>1층 심초음파실() 운동부하 검사실()</td> </tr> <tr> <td>1층 입원 수속: 원무과 7번 창구 ()</td> </tr> </table>		2층 심전도 검사실(√)	1층 심초음파실() 운동부하 검사실()	1층 입원 수속: 원무과 7번 창구 ()
2층 심전도 검사실(√)					
1층 심초음파실() 운동부하 검사실()					
1층 입원 수속: 원무과 7번 창구 ()					
※ ()안에 √ 표시를 한 곳으로 가셔야 합니다.					

문4. 위의 진료안내문에서 진료 예약일은 언제입니까?

_____년 _____월 _____일

※ 다음과 같은 <외래 진료 시간표>가 있습니다. 아래 질문에 적합한 답을 선택해 주시기 바랍니다.

<외래 진료 시간표>

진료과	진료 의사	진료 분야	월	화	수	목	금
내과	이순신	소화기질환				●	
	김보람	호흡기질환	●		●		●
외과	황 희	위, 간, 담도	●		●		●
소아청소년과	임선희	소아질환	●	●	●	●	●
안과	오진주	백내장, 녹내장			●		
피부과	정보배	피부염		●		●	

문5. 귀하께서 백내장 증상으로 진료를 받으시려면 진료과는 무엇입니까?

- ① 소아청소년과 ② 안과 ③ 피부과 ④ 외과

※ 다음 약 처방전을 읽고 질문에 적합한 답을 선택해 주시기 바랍니다.

홍길동 종양학과 조제일: 2007-09-08
등록번호: 1234567 연령:37세

1회에 1알씩 하루에 3번 8시간마다 복용하십시오.

< 약품명 >

페니실린	250mg/1T	3일분
------	----------	-----

문6. 위의 처방전에 따라 아침 6시에 약을 드셨다면 다음은 몇 시에 드셔야 합니까?

- ① 오전 10시 ② 오전 12시 ③ 오후 2시 ④ 오후 4시

※ 다음은 <2005년도 건강검진 유질환자 현황>에 관한 그래프입니다.



문7. 건강 검진 후 가장 많이 나타난 질환은 무엇입니까?

- ① 고혈압 ② 간장질환 ③ 당뇨병 ④ 고지혈

※ 다음은 약품 설명서입니다. 아래 지문을 읽고 질문에 적합한 답을 선택해 주십시오.

[용법 · 용량]

이 약은 1회 10~15mg/kg의 용량을 4~6시간 간격으로 필요 시 복용하며, 1일 최대 5회 (75mg/kg)를 넘지 않습니다. 1회의 용량은 몸무게 또는 나이에 따라 다음과 같습니다.

연령	몸무게	1회 용량
4~11개월	7.0~9.9kg	2.5ml
12~23개월	10.0~11.9kg	3.5ml
만2~3세	12.0~15.9kg	5ml
만4~5세	16.0~20.9kg	7.5ml
만6~8세	21.0~29.9kg	10ml
만9~10세	30.0~37.9kg	12.5ml

문8. 만약 귀하께서 8세 어린이에게 약을 먹으려면, 1회에 몇 ml를 먹여야 합니까?

- ① 5ml ② 7.5ml ③ 10ml ④ 12.5ml

※ 다음은 라면 봉지에 있는 영양정보 표시입니다. 표를 읽고 아래 질문에 적절한 답을 선택해 주십시오.

영 양 성 분		
1회 분량 1봉지 (120g)	총1회 분량	
1회 분량 당 함량	% 영양소기준치	
열 량	450Kcal	
탄수화물	66g	20%
단 백 질	9g	15%
지 방	18g	36%
나 트 른	1100mg	31%
칼 췌	1600mg	23%

*% 영양소기준치

문9. 만약 귀하께서 고혈압 질환을 가지고 있다면 싱겁게 먹는 것이 좋습니다. 영양성분 표에서 무엇(성분)을 참고해야 합니까?

- ① 칼슘 ② 지방 ③ 단백질 ④ 나트륨

Ⅲ. 다음은 조사대상자의 인구학적 특성에 대한 문항입니다.

문1. 본인의 나이는 몇 세 입니까? 만 _____ 세

문2. 본인의 성별은 무엇입니까? ① 남 ② 여

문3. 현재 혼인 상태는 어떻습니까?

- ① 결혼 ② 동거 ③ 미혼 ④ 별거 ⑤ 이혼 ⑥ 사별

문4. 북한에서의 본인의 학력은 무엇입니까?

- ① 인민학교 졸업(이하) ② 고등중학교 졸업 ③ 전문학교 졸업 ④ 대학교 졸업 이
상

문5. 북한으로 강제 송환된 경험이 있습니까? 있다면 몇 번이나 강제송환 되었습니까?

- ① 복송된 적 없음 ② 복송된 경험 있음: ()회

Abstract

A Study on Current Status of Functional Health Literacy in North Korean Refugees and its Related Factors

Yi Jinseon

Department of Health Policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

Purpose

The purpose of this research is to study the level of functional health literacy of North Korean refugees who settled in South Korea and find its related factors.

Methodology

Non-experimental and cross-sectional research design are used to examine the level of functional health literacy of North Korean refugees and analyze the related factors. The level of functional health literacy was measured with S-KHLS(Short-Korean Health Literacy Scale) developed by Lee & Kang

(2009). Frequency analysis is used to figure out the characteristics of the research subjects, t-test and ANOVA are used to check statistical significance of level of functional health literacy among variables, Scheffe test was used for post-verification. Finally multiple regression analysis is conducted to find out the factors associated with North Korean refugees' functional health literacy.

Results

The research results conclude that the level of North Korean refugees' functional health literacy is lower than South Korean adults' and varies depending on age, education level in North Korea, length of stay in South Korea, repatriation experience, and self-rated health status.

Consideration and Conclusion

It is concluded that the level of functional health literacy in North Korean refugees is lower than South Koreans, and varies in depending on the subject's sex, age, education level, marital status, repatriation experience, and self-rated health. It is revealed that age, education level in North Korea, repatriation experience, and self-rated health affect the level of functional health literacy of North Korean refugees. I suggest to enlarging subjects and conducting repeated studies to examine the level of functional health literacy of North Korean refugees with subject-oriented measures. North Korean refugees who are female, old, low educated, recently settled in South Korea, expelled to North Korea, perceived with bad health status need to be provided health education programs at Hanawon and local communities to improve their health literacy level and help them to adapt in South Korea successfully.

keywords : functional health literacy, health literacy, North Korean
refugees

Student Number : 2012-21871